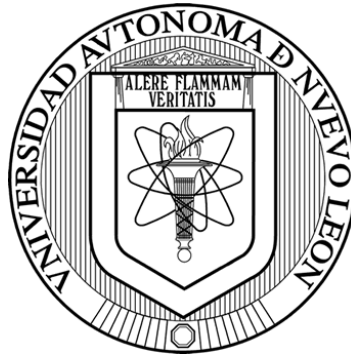


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA
DE LA PAREJA

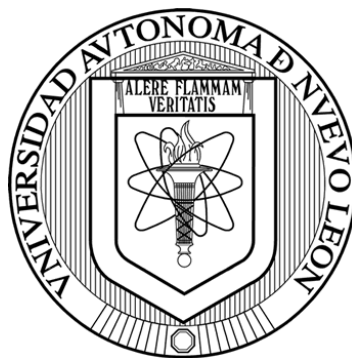
Por

MCE. MARIA LUISA FLORES ARIAS

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA
DE LA PAREJA

Por

MCE. MARIA LUISA FLORES ARIAS

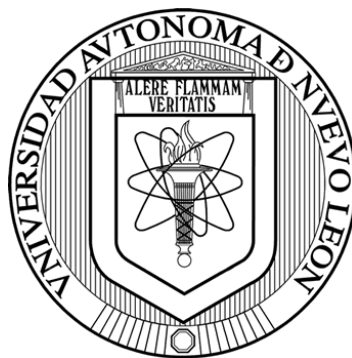
Director de Tesis

DCE. NORMA ELVA SÁENZ SOTO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA
DE LA PAREJA

Por

MCE. MARIA LUISA FLORES ARIAS

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

MODELO EXPLICATIVO DE LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA
DE LA PAREJA

Aprobación de tesis

DCE. Norma Elva Sáenz Soto

Presidente y Director de Tesis

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

1er. Vocal

Jane Dimmitt Champion, PhD.

2º. Vocal

DCE. María Aracely Márquez Vega

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Capítulo I

Introducción

La mortalidad materna continúa siendo inaceptablemente alta. Cada día mueren en el mundo cerca de 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, de tal manera que a finales del 2015 habrían muerto alrededor de 303 000 mujeres por esta causa. Prácticamente un 99% de estas muertes corresponde a países en desarrollo y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Las principales causas reportadas son: la hemorragia grave (27%), la hipertensión gestacional (14%), las infecciones (11%), el parto obstruido y otras causas directas (9%), complicaciones de abortos (13%) y coágulos sanguíneos (3%). Del 2003 al 2008, las complicaciones por aborto representaron un 13% de las muertes maternas en el mundo (Instituto Guttmacher, 2013; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015; 2016).

En México se estima que 55% del total de embarazos fueron no planeados y de éstos el 54% se resolvió mediante abortos inducidos, a pesar de las restricciones legales. Esto se traduce en alrededor de un millón de abortos inducidos cada año, lo que representa una tasa estimada de 38 por 1,000 mujeres de 15–44 años. Respecto al 2009 esta tasa ha aumentado más del 50% en comparación a la reportada en 1990, la cual era 25 por 1,000. Este aumento, sugiere que ahora las mujeres enfrentan mayor dificultad y limitaciones para la práctica de la anticoncepción y por tanto evitar los embarazos no planeados. Las estimaciones de abortos en relación a la edad muestran tasas elevadas en las mujeres de 20–24 años (55 por 1,000 mujeres) y desciende gradualmente a edades mayores. Desafortunadamente, las tasas aún son elevadas en mujeres entre 15–19 años de edad, a la par con las de 25–29 años (44 por 1,000 mujeres) (Instituto Guttmacher, 2013; Secretaría de Salud, 2014)

Ante este contexto lamentable, desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y ahora en la Agenda de Desarrollo Sostenible, se pretende reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos del 70 por 100,000 nacidos vivos entre

2016 y 2030 (Irani, Speizer, & Fotso, 2014; Kabagenyi et al., 2014; Laza, 2008; OMS, 2015; OMS, 2016), invitando a que en cada país se implementen estrategias para fomentar el uso de los servicios de anticoncepción y Planificación Familiar (PF), la cual debe ser concebida como un derecho que tiene toda persona de decidir de manera libre, responsable e informada, el número y espaciamiento de sus hijos. Además de obtener información especializada y servicios eficientes de orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos (OMS, 2015).

También invita a promover la equidad de género y mayores oportunidades educativas y económicas para hombres y mujeres, que favorezcan su participación en el uso de Métodos de Planificación Familiar (MPF), (OMS, 2016; Prendes, Aparicio, Guibert, & Lescay, 2001; Secretaría de Salud, 1994). De esta manera, la PF contribuye al logro de un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, esencial en la prevención de embarazos no deseados, la reducción de abortos inseguros y la promoción del espaciamiento de los embarazos, para reducir los riesgos de mortalidad materna e infantil (Laza, 2008; Secretaría de Salud, 1994).

Sin embargo, aún existen obstáculos que afectan el logro de dichos propósitos, como la deficiencia en la calidad en la prestación de los servicios de salud reproductiva, su difícil acceso, la atención fragmentada, la falta de conocimiento de normas y políticas reguladoras, además de la oferta de esquemas de servicios que no se ajustan a las características y necesidades específicas de los usuarios. Sin duda, todo esto deteriora el ejercicio de este derecho, favoreciendo la presencia de consecuencias negativas que se extienden significativamente desde la madre a la familia en general (Aspilcueta-Gho, 2013; OMS, 2006; Ramos et al., 2004; Rodríguez-Leal & Verdú, 2013).

Actualmente muchos hombres y mujeres continúan expresando su necesidad insatisfecha de uso de MPF, por considerar fuera de su alcance algunos de ellos, para limitar o espaciar un embarazo, entre los que se mencionan la esterilización femenina y

masculina, los hormonales orales e inyectables, los implantes subdérmicos, el dispositivo intrauterino (DIU), el condón femenino o masculino y los anticonceptivos de emergencia (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2014). Por otro lado, también expresan como limitaciones para el uso de MPF, su preocupación por los posibles efectos secundarios de estos; además, la creencia de que no están en riesgo de embarazarse, la falta de conocimiento y la oposición de su pareja a la anticoncepción (OMS, 2015).

Otros factores que han sido relacionados con la no aceptación de MPF principalmente en mujeres, son el número de hijos, la ocupación, el uso previo de anticonceptivos, la edad, la escolaridad, la actitud, el nivel socioeconómico, el acceso a los servicios de salud y los medios de comunicación y fuentes de información con las que cuenta la persona (Castañeda-Sánchez, Castro-Paz & Lindoro-López, 2008; Estrada et al., 2008; Mosha & Ruben, 2013; Olukunmi, 2011; Lu et al., 2012). En relación al género se ha observado que influye en los comportamientos sexuales y en las prácticas de anticoncepción (Gutmann, 2015; Mosha, Ruben, & Kakoko, 2013; Yago & Tomas, 2013), ejemplo de ello es la disminución en el uso de MPF por parte de los hombres reportada del 2009 (19.2%) al 2014 (16.8%), en métodos como la vasectomía, el condón masculino, o bien, los métodos tradicionales como el ritmo y coito interrumpido (Gutmann, 2015).

En este contexto, como una estrategia nacional para combatir el deterioro de la salud reproductiva (SR), en 1994 se fortaleció el Programa de Planificación Familiar, al integrarse al concepto holístico de la salud reproductiva. La Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, logró implantar el subcomponente de anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, en las unidades médicas de segundo y primer nivel que atienden eventos obstétricos, con el propósito de ayudar a la mujer en ese momento a decidir sobre el MPF que desea usar, iniciarlo y mantener su

uso durante dos años o más, según sus intenciones o las de la pareja en cuanto a la reproducción (OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2002).

Actualmente existe el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013 a 2018, con objetivos, metas, y líneas de acción que guían las actividades del sector salud hacia la mejora de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de los mexicanos. Tres son sus objetivos principales: 1) Incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención, 2) Atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en grupos en situación de desventaja social e 3) Incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción (Secretaría de Salud, 2014).

En el caso específico de las unidades de salud del segundo nivel de atención, representan una gran oportunidad para implementar dichas estrategias en el reforzamiento de la SR, dado el alto porcentaje de mujeres que acuden a recibir atención obstétrica y quienes expresan no haber tenido contacto previo con los servicios de salud, ni consejería profesional sobre PF. Por lo tanto, se pretende que cada mujer cuente con la posibilidad y factibilidad de optar por algún MPF de manera informada y libre antes de abandonar la unidad médica (Secretaría de Salud, 2002).

Sin embargo, pese a estas estrategias de acuerdo a las estadísticas reportadas hasta este momento, no se ha logrado aumentar de manera significativa la participación de la población en edad reproductiva en los Programas de Salud Reproductiva, así mismo, tampoco se cuenta con un plan de intervenciones específicas para el personal de salud destinado a esta actividad. Por esta razón, es inminente la necesidad de llevar a cabo primeramente investigaciones que permitan reconocer las necesidades específicas de la población en edad reproductiva, mediante la descripción y entendimiento de los factores biológicos, sociales y psicológicos que pueden condicionar la participación activa de la pareja en dichos programas (Estrada et al., 2008).

Posteriormente este reconocimiento de necesidades y factores involucrados en el ejercicio saludable de la salud reproductiva individual y de la pareja, guiara al profesional de salud entre ellos enfermería, en la elaboración de intervenciones específicas respecto a estos hallazgos, ofreciendo mediante los servicios de salud, opciones que faciliten a los miembros de la pareja la elección libre, segura y confiable de MPF que le permitan el ejercicio pleno y saludable de su SSR según sus necesidades particulares (Pierre & Clapis, 2010; Sousa da Silva et al., 2013).

Hasta ahora la literatura científica hace referencia de diversos factores que intervienen en la conducta anticonceptiva principalmente de las mujeres, seguida de la del hombre, sin embargo éstos se han limitado a describirla y mencionar algunas de las relaciones que se dan entre ellos. No se han encontrado hasta el momento modelos que incluyan dichos factores y cómo es que explican y predicen la conducta anticonceptiva de parejas que acuden a servicios de salud de segundo nivel atención en México. Por lo tanto, es necesaria la estructuración y evaluación de modelos y teorías centrados en la pareja, considerando variables como las experiencias previas, los factores personales biológicos, psicológicos, socioculturales, las barreras, los beneficios, la autoeficacia y las influencias interpersonales (Burton, Darbes, & Operario, 2010).

Al respecto, enfermería cuenta con modelos conceptuales y teorías de rango medio, que además de describir fenómenos o conceptos específicos de salud, también instrumentalizan las intervenciones propias de enfermería, generadas de una comprensión más operativa del fenómeno en ocurrencia y no meramente como una forma espontánea y coyuntural que responda de manera aleatoria a las necesidades de la persona receptora del cuidado enfermero (De Villalobos, 2002; Fawcett, 2005). De este modo, para el presente estudio se eligió el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (2015), considerado como un marco de referencia científico que guía la investigación de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a las personas a participar en comportamientos saludables.

Este Modelo será la base teórica para proponer un Modelo explicativo de la conducta anticonceptiva de la pareja, con la finalidad de contestar al propósito de la presente investigación sobre la manera en la que determinados factores biológicos, psicológicos y socioculturales interactúan y predicen la conducta anticonceptiva de la pareja, que acude a un segundo nivel de atención de la Secretaría en Salud.

Marco Teórico Conceptual

Enfermería cuenta con Teorías y Modelos propios que proveen de un marco de referencia a la práctica. Estos modelos están fundamentados en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía que enmarcan el ser y quehacer de la práctica del profesional de enfermería (Moreno, 2005). El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender, basado en las teorías de la Acción razonada y conducta planeada de Ajzen y Fishben y la teoría Social-Cognitiva de Albert Bandura (Pender, 2015), pretende entender y explicar los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones que lo llevarán a la adopción de decisiones acerca del cuidado y promoción de su propia salud.

Para mejor comprensión de sus conceptos, relaciones y proposiciones, el MPS ha sido esquematizado de manera ordenada en tres columnas y que generalmente son analizadas de izquierda a derecha como sigue: La primera columna corresponde a las características y experiencias únicas de cada persona que afectan sus acciones subsecuentes, estas incluyen la experiencia previa relacionada y los factores personales; la primera se refiere a las experiencias pasadas que pueden influir en la probabilidad de comprometerse con una conducta, debido a que dichas experiencias son almacenadas en la memoria como barreras, emociones o afectos positivos y negativos que se pueden dar antes, durante o después de la experiencia previa y que pueden tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de adoptar conductas de promoción de la salud. Los

factores personales categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, se consideran predictivos de cierta conducta y están marcados por la naturaleza de los objetivos de la conducta resultado.

La segunda columna, corresponde a las cogniciones específicas de la conducta y afectos (sentimientos, emociones, creencias) relativas a la conducta específica. Contiene seis componentes considerados centrales de este modelo por su alto significado motivacional que permiten modificar la conducta a través de intervenciones. El primer componente corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, que son las percepciones reales o imaginarias relacionadas a la dificultad o la no disposición, frecuentemente son vistas como los bloques mentales y costos personales de comenzar una conducta dada.

Se refieren a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer componente es la autoeficacia percibida, definida como la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar cierta conducta, de tal manera que cuando esta es mayor, aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La autoeficacia influye en la percepción de barreras para la acción, de tal manera que ante una alta percepción de autoeficacia, menor será la percepción de dichas barreras.

El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, que hace referencia a los sentimientos subjetivos que ocurren previamente, durante o después de la actividad. Es entendido como las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta. Estas respuestas afectivas pueden ser leves, moderadas o fuertes y son etiquetadas y almacenadas en la memoria, para posteriormente ser asociadas con la conducta.

Es más probable que las conductas asociadas a efectos positivos sean repetidas que las asociadas a afectos negativos; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, que incluyen las normas, apoyo social y el modelaje o aprendizaje, son cogniciones que pueden o no corresponder con la realidad y que pertenecen a las conductas, creencias o actitudes de otros. Se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos como la familia, iguales y proveedores de la salud, esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para conseguirla. El último concepto de esta columna, se refiere a las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. Este tipo de influencias incluyen la percepción de opiniones disponibles, características que demandan y rasgos estéticos del ambiente en el que se da una conducta. También hacen referencia a las situaciones que surgen de forma imprevista y que pueden afectar el llevar a cabo o no una conducta, según los deseos e intereses de las personas.

Todos estos componentes se relacionan entre si generando en la persona un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud. Éste afecta de forma directa la conducta de salud, mediante el impulso que ejerce en los individuos, pero el nivel de compromiso dependerá en gran medida de los componentes anteriores; en este compromiso pueden influir además las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo.

La interacción de todos estos componentes favorecen o no la adopción una conducta promotora de la salud, concebida como la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva, por lo que la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participa enfermería como profesional de la salud.

El modelo ofrece proposiciones teóricas, como base para el trabajo de investigación sobre las conductas de salud.

1. El comportamiento previo y las características individuales, afectan las creencias y la promulgación de comportamientos que promueven la salud.
2. Las personas se comprometen a participar, en comportamientos de los que anticipan que se derivan beneficios valorados personalmente.
3. Las barreras percibidas pueden limitar el compromiso a la acción, un mediador de la conducta, así como el comportamiento real.
4. La percepción de competencia o la autoeficacia para ejecutar un determinado comportamiento, aumenta la probabilidad de compromiso con la acción y el rendimiento real de la conducta.
5. Ante mayor autoeficacia, disminuye el número de barreras percibidas a un comportamiento específico de la salud.
6. Los efectos positivos percibidos hacia un comportamiento producen, una mayor autoeficacia percibida.
7. Cuando las emociones o afectos positivos están asociados con una conducta, se incrementa la probabilidad de compromiso y acción.
8. Las personas son más propensas a comprometerse y participar en comportamientos que promueven la salud, cuando personas significativas para ellos modelan el comportamiento y en espera de que ellas proporcionen asistencia y apoyo para dicho comportamiento.

9. Las familias, pares y proveedores de cuidado de la salud, son importantes fuentes de influencia interpersonal que pueden aumentar o disminuir el compromiso y la participación en la conducta promotora de salud.
10. Las influencias situacionales en el ambiente externo, pueden aumentar o disminuir el compromiso o participación en la conducta que promotora de salud.
11. Cuanto mayor sea el compromiso en un plan de acción específico, los comportamientos promotores de salud se mantienen en el tiempo.
12. El compromiso con un plan de acción es menos probable que resulte en el comportamiento deseado, cuando compiten demandas sobre las que las personas tienen poco control y requieren atención inmediata.
13. El compromiso con un plan de acción es menos probable que resulte en el comportamiento deseado, cuando otros comportamientos son más atractivos y por lo tanto son preferibles a la conducta resultado.
14. Las personas pueden modificar las cogniciones, los afectos, las influencias interpersonales y las influencias situacionales, para crear incentivos para un comportamiento promotor de salud.

Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud, Nola J. Pender.

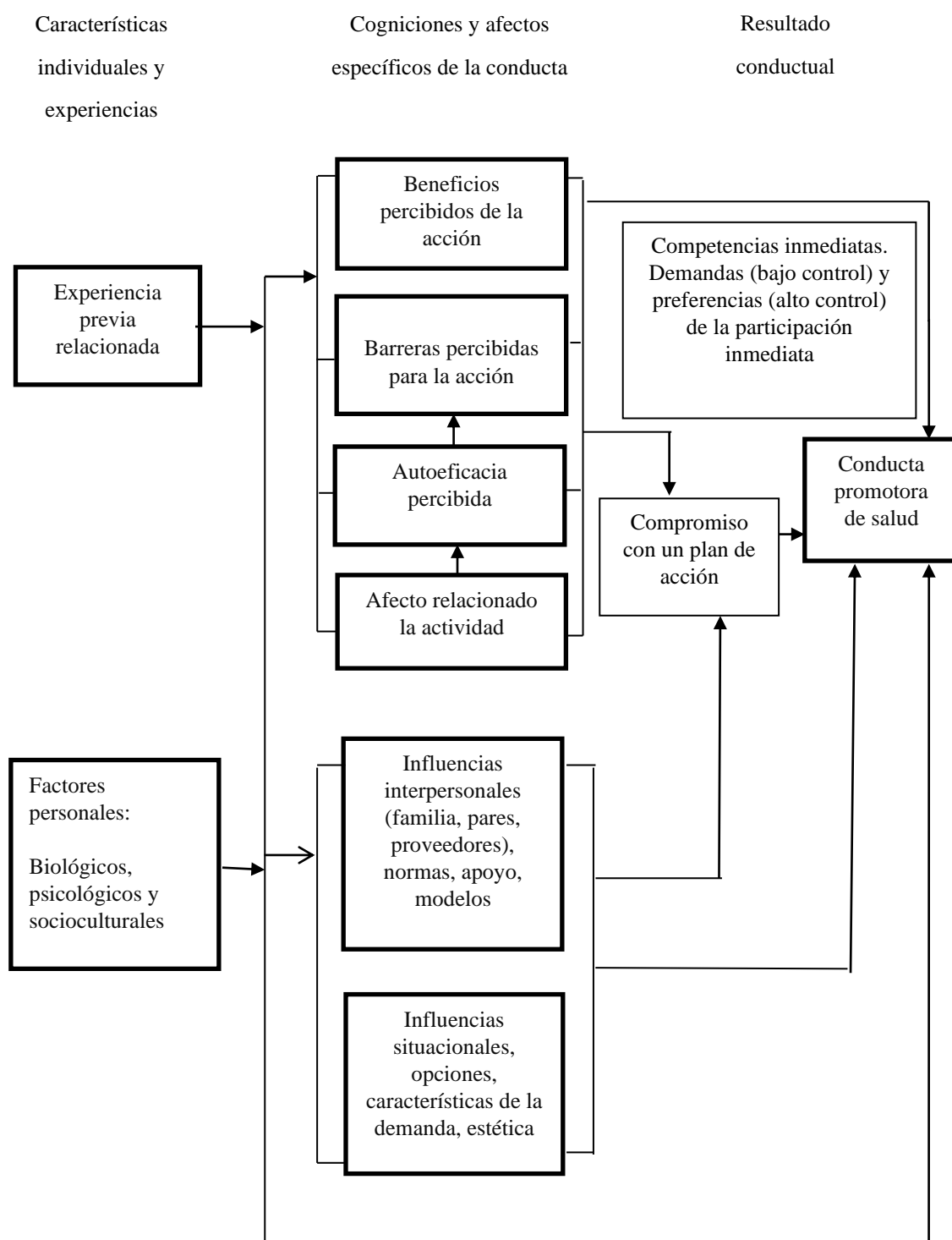


Figura 1. Representación gráfica del Modelo de Promoción de la Salud, Nola J. Pender (20015). Derechos de autor reservados para Nola J. Pender, Universidad de Michigan.

Sustracción de Conceptos

Con la finalidad de entender el fenómeno de estudio planteado para esta investigación, se ha recurrido al proceso de sustracción de acuerdo a Dulock y Holzemer y el cual ha sido propuesto y utilizados por autores como Fawcett and Downs, para comprender modelos propios de enfermería. Este proceso permite identificar las variables más importantes en un estudio, analizar los niveles su nivel de abstracción entre ellas, identificar la relación hipotética entre dos o más variables y finalmente conectar la base teórica del estudio con sus aspectos operacionales (Dulock & Holzemer, 1993).

En este caso y por su naturaleza promotora de la salud, se ha elegido el Modelo de Nola Pender para ser sometida a los cuatro pasos del proceso de sustracción que incluyen: 1) Identificar y elegir los conceptos principales de la teoría, 2) especificar las relaciones entre los conceptos, 3) jerarquizar los conceptos de acuerdo al nivel de abstracción y 4) representar gráficamente la relación existente entre las variables. Los conceptos sustraídos fueron experiencia previa relacionada, de los factores personales el género, la edad, la actitud, la escolaridad, el estado civil, la religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación de pareja y número de hijos. También se eligieron para este proceso los beneficios, las barreras y autoeficacia percibidos, así como las influencias interpersonales y la conducta resultado.

Experiencia previa relacionada.

Estas experiencias se refieren a las experiencias pasadas que pueden influir en la probabilidad de comprometerse con una conducta, debido a que dichas experiencias son almacenadas en la memoria como barreras, emociones o afectos positivos y negativos que se pueden dar antes, durante o después de la experiencia previa y que pueden tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de adoptar conductas de promoción de la salud (Pender, 2015). En este caso, la experiencia previa está relacionada con el uso previo de MPF. Se ha encontrado referencia de no uso pese a que las parejas refieren tener conocimiento de la existencia de algunos MPF y quienes son usuarios muestra

tendencia solo a algunos métodos como el preservativo masculino. Ello de algún modo respalda que uso de MPF continúa siendo más alto para los hombres que para la mujer en sí (Aspilcueta-Gho, 2013; Irani, Speizer, & Fotso, 2014).

Se dice que una persona que anteriormente había hecho uso de anticonceptivos modernos, cuando se siente con cierta seguridad con su pareja actual decide hacer uso de los métodos tradicionales y posteriormente a la llegada de los hijos, retoma en ocasiones los métodos modernos con el fin de espaciar los nacimientos (Frances, Harding, Biekro & Collumbien, 2014). Dentro de los métodos anticonceptivos más utilizados que se reportan son los condones, las pastillas anticonceptivas, los inyectables, DIU, esterilización femenina y pastillas mensuales o de emergencia (Jammeh, Liu, Cheng, & Lee-Hsieh, 2014; Mishra et al., 2014; Offiong, Eko, Osonwa, & Osuchukwu, 2013)

Factores personales.

Los factores personales categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de cierta conducta y están marcados por la naturaleza de los objetivos de la conducta resultado. Para este estudio se han elegido factores como el género, la edad, la actitud, la escolaridad, el estado civil, la religión, la ocupación, ingreso mensual, tiempo de relación de pareja y el número de hijos vivos.

Investigaciones han encontrado que un nivel de secundaria o mayor, el número de hijos vivos, la ocupación y el ser considerado de una clase alta en los hombres favorecen el uso de MPF (Kabagenyi, Ndugga, Wandera, & Kwagala, 2014; Mosha & Ruben, 2013). En mujeres se ha encontrado la misma tendencia en relación al nivel de escolaridad, así como con el tipo de religión que profesan y el estado civil, destacando quienes están casadas, en unión libre o solteras (Babalola, Kusemiju, Calhoun, Corroon, & Ajao, 2015; Nsubuga, Sekandi, Sempeera, & Makumbi, 2015; Ramos-Salazar, Castañeda-Sánchez y López, 2015). La edad y el deseo de tener o no más hijos también ha mostrado relación en el uso de MPF, ya que se relacionan con una paridad satisfecha

y el deseo de evitar complicaciones futuras (Asekun-Olarinmoye, 2013; Brunie, Tolley, Ngabo, Wesson, & Chen, 2013; Kisa, Zeyneloğlu, & Delibaş, 2013; Shahjahan et al., 2013; Youngwanichsetha, 2012). Otro factor personal clave en el uso de MPF es la actitud, ya que cuando esta tiende a ser positiva aumenta la posibilidad de uso, sucediendo lo contrario cuando esta es negativa (Akintade, Pengpid, & Peltzer, 2011)

Beneficios y barreras percibidos para la CAP.

Los beneficios y barreras poseen un alto significado motivacional que permiten modificar la conducta a través de intervenciones específicas. Los beneficios percibidos son la percepción anticipada de resultados positivos de la acción que se pretende emprender, mientras que por otro lado, las barreras percibidas para la acción, son las percepciones reales o imaginarias relacionadas a la dificultad para el desarrollo de dicha acción (Pender, 2015).

Los principales beneficios del uso de MPF, se relacionan con su efectividad para controlar el número de embarazos y por consiguiente el número de hijos, seguida de la protección que alguno de ellos ofrecen para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) (Kisa, Zeyneloğlu, & Delibaş, 2013). Algunos de las percepciones vistas como barreras pues limitan el uso de MPF, son las consecuencias negativas que estos puede tener para la salud, como el desarrollo de problemas de salud mayores como cáncer, menstruación prolongada, presencia de deformidades en el recién nacido (RN), impotencia sexual, úlceras genitales, cólicos, cefalea, aumento o pérdida de peso y la infertilidad (Akintade, Pengpid, & Peltzer, 2011; Castañeda-Sánchez; Castro-Paz y Lindoro-López, 2008; Chipeta, Chimwaza, & Kalilani-Phiri, 2010; Mosha, Ruben, & Kakoko, 2013; Ochako et al., 2015).

Otras barreras importantes, principalmente en el hombre es el miedo a no ser aceptado dentro de su grupo social al que se pertenece, ante la poca aceptación que en ocasiones se tiene sobre quienes hacen uso de anticonceptivos, así como el temor de que el uso de MPF favorezcan la promiscuidad e infidelidad entre los miembros de la pareja

(Godia, Olenja, Hofman, & Van Den Broek, 2014; Kabagenyi et al., 2014; Mosha, Ruben, & Kakoko, 2013; Ochako et al., 2015).

Autoeficacia para la CAP.

La autoeficacia es considerada como la percepción de competencia de una persona para ejecutar cierta conducta, de tal manera que cuando esta es mayor, aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta, en este caso aumenta la posibilidad de generar y mantener una conducta anticonceptiva favorable de la pareja (Pender, 2015). Estudios han encontrado que algunos factores se relacionan con el desarrollo de esta capacidad, tales como el nivel educativo, el apoyo de la pareja y la promoción de los servicios de SR, favorecen el uso y adhesión a los MPF (Heinrich, 1993; Muhindo, Nankumbi, Groves, & Chenault, 2015; Peyman et al., 2009).

Las condiciones en las que se desarrollan las relaciones sexuales en ocasiones son desfavorables llevando a la persona a las prácticas de riesgo, es aquí donde se hace necesaria su capacidad de autoeficacia para evitarlas. Sin embargo, hay quienes expresan pese a su capacidad para conversar sobre PF con su pareja, familia o personal de salud, su limitación para evitar estas prácticas riesgosas en situaciones de la excitación sexual (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012).

Influencias interpersonales para la CAP.

De acuerdo al MPS, estas incluyen las normas, apoyo social y el modelaje. Son cogniciones que pueden o no corresponder con la realidad, y que pertenecen a las conductas, creencias o actitudes de otros. Se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos como la familia, iguales y proveedores de la salud, esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para conseguirla (Pender, 2015). Para la presente investigación se indagó sobre la importancia que tienen este tipo de influencias en la conducta anticonceptiva de la pareja.

Los hombres y mujeres que abordan temas de PF de manera individual o colectiva con personal de salud tal como enfermería, trabajo social y en menor medida con el médico tienden hacer mayor uso de los MPF (Brunie, Tolley, Ngabo, Wesson., & Chen, 2013; Castañeda-Sánchez, Castro-Paz y Lindoro-López, 2008; Kabagenyi, Ndugga, Wandera, & Kwagala, 2014). También se ha observado que las mujeres cuando discuten con sus esposos sobre este tema, aumentan el uso de métodos anticonceptivos (Ahmed, 2013; Brunie, Tolley, Ngabo, Wesson, & Chen, 2013; Cox, Hindin, Otupiri, & Larsen-Reindorf, 2013; Estrada et al., 2008; Ezeanolue et al., 2015; Ko et al., 2010; Shahjahan et al., 2013;).

Cuando la persona no percibe la aprobación y el apoyo de su grupo social para el uso de MPF, éste se ve comprometido de manera negativa (Asekun-Olarinmoye, 2013). Las creencias sociales en ocasiones pueden influir de manera más importante sobre la toma de decisiones en materia de PF, que aquellas de índole personal (Gueye, Speizer, Corroon, & Okigbo, 2015). Es así, que tanto la madre como el esposo de las mujeres también juegan un papel clave en su decisión de uso de MPF. La mujer reconoce la necesidad de la participación activa de su marido en esta decisión, ya que ello demás disminuye el temor de conflictos con la pareja. La comunicación entre la pareja favorece la participación activa de la misma en el conocimiento y uso de MPF. De modo especial aumenta la participación del hombre como un actor clave en la toma de decisiones respecto al tamaño de la familia (Khan et al., 2015; Prendes, Aparicio, Guibert, & Lescay, 2001; Shattuck et al., 2011).

Los hombres han expresado su interés de ser involucrados, sin embargo la opinión de otros le limita a participar de una manera más abierta y cómoda (Sousa da Silva et al., 2013; Withers et al., 2015). Para el éxito de las intervenciones es necesario considerar la interacción entre hombre y mujer como elemento importante en la toma de decisiones, y considerar a la familia como una unidad de cuidado (Lee et al., 2014).

Los servicios de salud juegan un papel importante en la promoción de los SSR, ya que aumentan el conocimiento de los MPF, disminuyen el temor y la incertidumbre (Kura, Vince, & Crouch-Chivers, 2013). Sin embargo, dado que están diseñados para la atención de la mujer y el niño principalmente han limitado, los hombres refieren sentir pena de asistir a las unidades de salud a consultar por MPF (Luengo, Millán, Zepeda, & Tijero, 2012).

Conducta anticonceptiva de la pareja.

Es concebida como la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva, por lo que la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participa enfermería como profesional de la salud (Pender, 2015). La conducta que se pretende explicar en el presente estudio es aquella relacionada con la anticoncepción en la pareja.

Como ya se ha mencionado, pese a que aunque muchas veces los usuarios refieren el conocimiento de varios MPF, ello no es sinónimo de uso. Al parecer es la conjugación de otros factores que la determinan y favorecen o no. Investigaciones reportan que las personas que usan MPF, muestran predilección por los métodos anticonceptivos moderno como el condón masculino, la pastilla del día siguiente, los hormonales inyectables y orales, el implante subdérmico entre otros (Aspilcueta-Gho, 2013, Irani, Speizer, & Fotso, 2014; Kisa, Zeyneloğlu, & Delibaş, 2013).

En varios intentos por entender la conducta anticonceptiva algunos se han centrado solo en la frecuencia, la precisión o la continuidad del uso de métodos anticonceptivos (Jaccard, Dittus & Gordon, 1996). Sin embargo, algunos otros la han evaluado como un conjunto específico de comportamientos utilizados por la persona para evitar el embarazo no deseado, en lugar de referirse únicamente al uso de métodos anticonceptivos (Ruey-Hsia, Sho-Yuan & Yung-Mein, 2011).

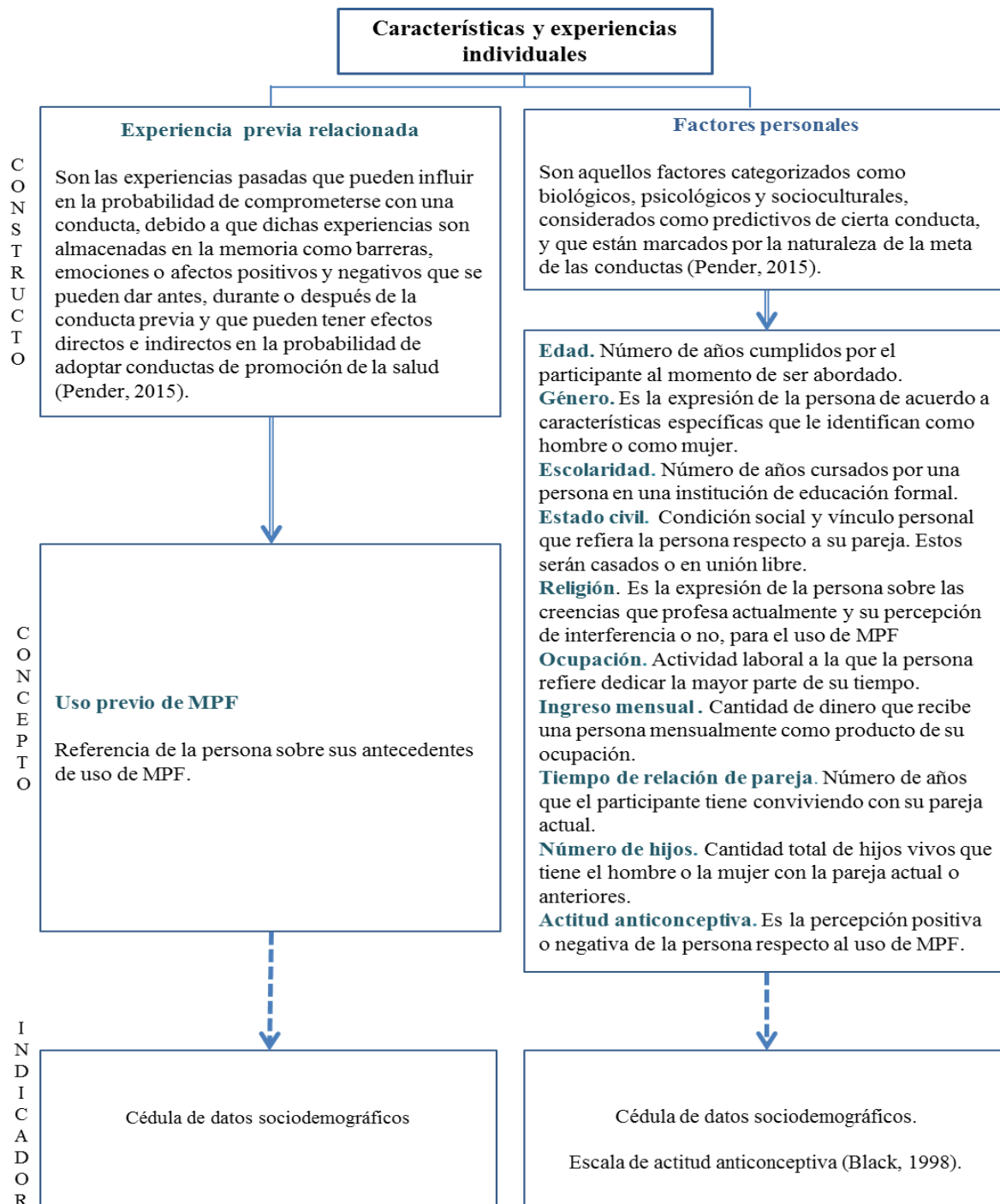
Figura 2. Sustracción de conceptos de las características y experiencias individuales**Figura 2.** Sustracción de conceptos de experiencia previa relacionada y factores personales, adaptada para la conducta anticonceptiva de la pareja (Flores & Sáenz, 2017) del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2015), derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Figura 3. Sustracción de conceptos de las cogniciones y afectos específicos de la conducta. Beneficios, barreras y autoeficacia percibidos

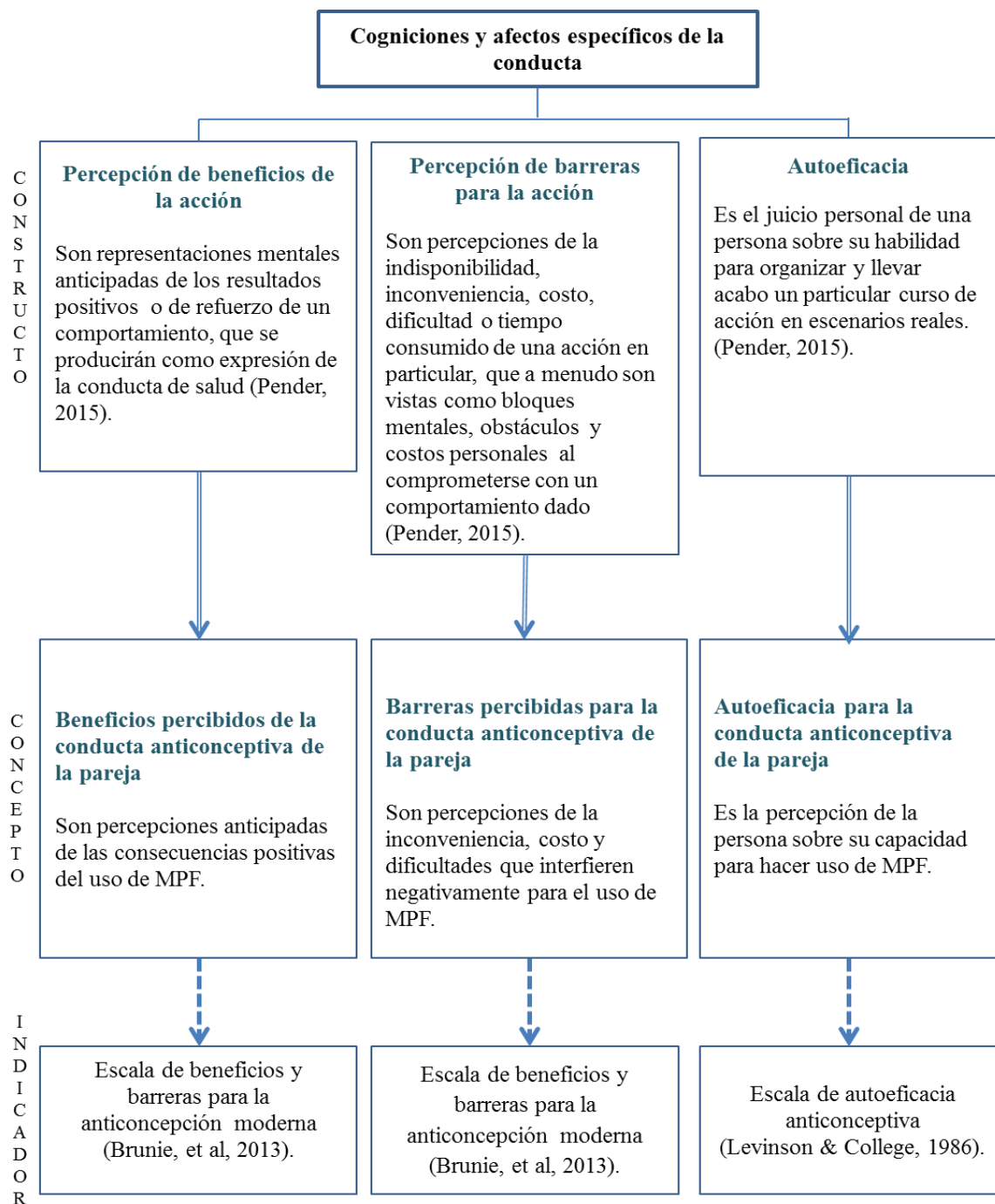


Figura 3. Sustracción de conceptos de beneficios, barreras y autoeficacia percibidos, adaptados para la conducta anticonceptiva de la pareja (Flores & Sáenz, 2017) del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2015), derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Figura 4. Sustracción de conceptos de las cogniciones y afectos específicos de la conducta. Influencias interpersonales

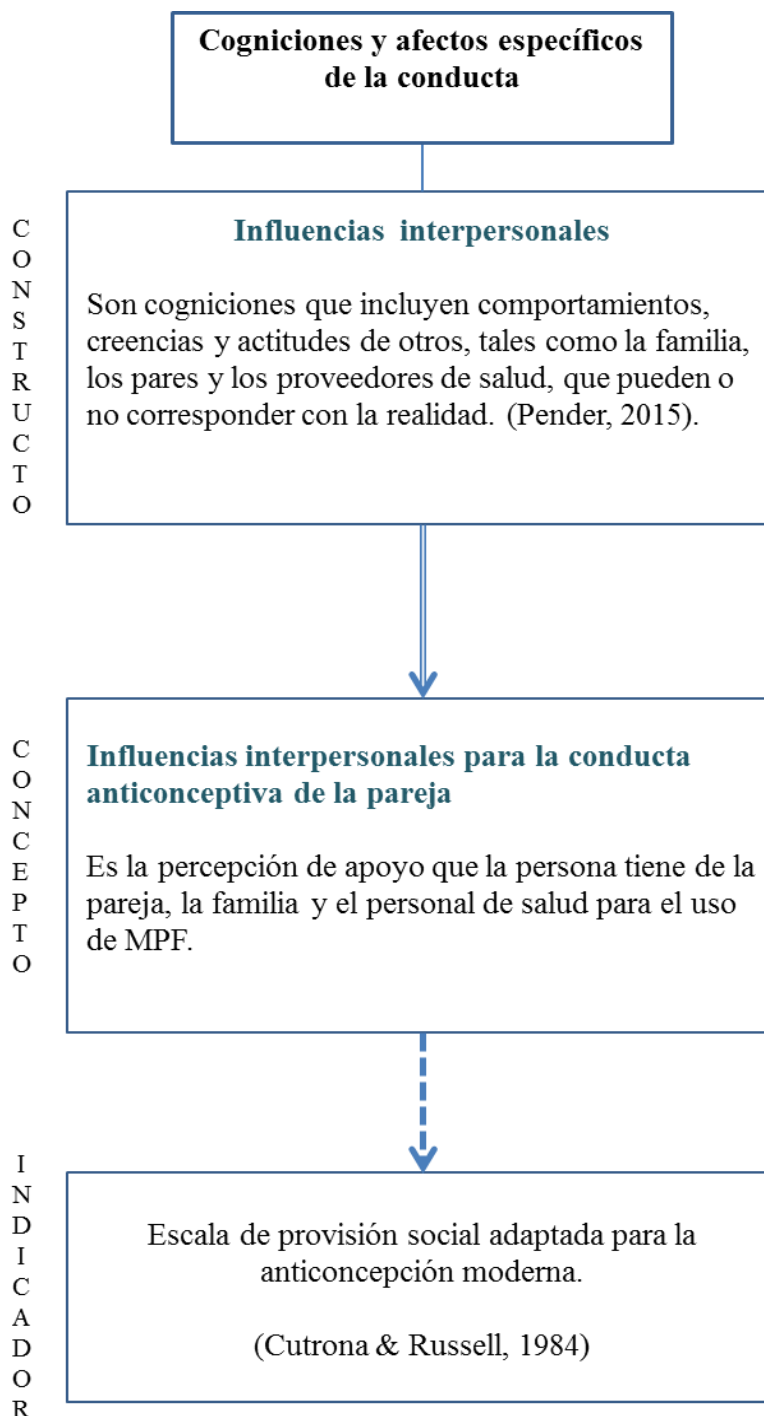


Figura 4. Sustracción del concepto de influencias interpersonales adaptadas para la conducta anticonceptiva de la pareja (Flores & Sáenz, 2017) del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2015), derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Figura 5. Sustracción de conceptos del resultado conductual

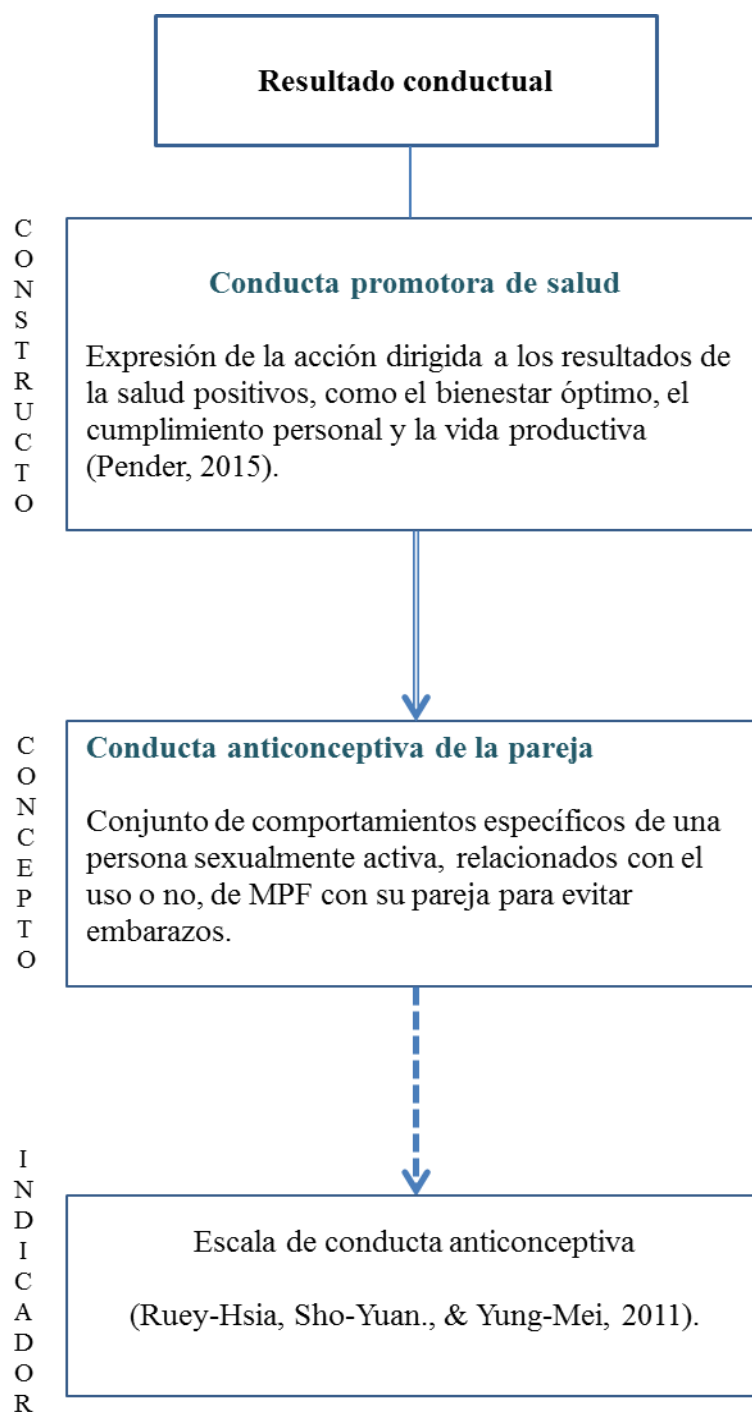


Figura 5. Sustracción del concepto de la conducta promotora de salud, adaptado para la conducta anticonceptiva de la pareja (Flores & Sáenz, 2017) del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2015), derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Modelo Explicativo de la Conducta Anticonceptiva de la Pareja

Como ya se ha mencionado el MPS, ofrece la posibilidad de explicar como la persona toma decisiones encaminadas a la adopción de conductas promotoras de salud, por esta razón, se ha elegido para entender los factores que influyen en la conducta anticonceptiva de la pareja (CAP). Se eligieron de este modelo aspectos como la experiencia previa relacionada, factores personales, los beneficios, las barreras y la autoeficacia percibidos, así como las influencias interpersonales que pudieran explicar mediante la propuesta de un modelo la conducta resultado de la pareja en relación a la anticoncepción. A continuación se presentan los conceptos que integran dicho Modelo, así como las relaciones que se proponen entre ellos.

En la primera columna, este modelo dentro de las características individuales y experiencias, se tomó como experiencia previa relacionada el uso previo de MPF definido como la referencia de la persona sobre sus antecedentes de uso de MPF, en relaciones sexuales anteriores con otras personas diferentes a la pareja actual. En los factores personales se consideró el género concebido como la expresión de la persona de acuerdo a características específicas que le identifican como hombre o como mujer, la edad es el número de años cumplidos por el participante al momento de ser abordado para este estudio, la actitud anticonceptiva se define como la percepción positiva o negativa de la persona respecto al uso de MPF, la escolaridad es el número de años cursados por una persona en una institución de educación formal, mientras el estado civil es la referencia de la persona respecto a su condición social y vínculo personal que refiera la persona respecto a su pareja, estos fueron casados o en unión libre.

El ingreso mensual, fue la cantidad de dinero que recibía una persona mensualmente como producto de su ocupación actual, el número de hijos fue la cantidad total de hijos vivos que tiene el hombre o la mujer con la pareja actual o anteriores al momento del estudio, la ocupación fue la actividad laboral a la que la persona refirió dedicar la mayor parte de su tiempo, la religión fue la expresión de la persona sobre las

creencias que profesa actualmente y su percepción de interferencia o no, para el uso de MPF, finalmente el tiempo de relación de pareja, fue definido como el número años que el participante tenía conviviendo con su pareja actual.

En la columna central, se encuentran primeramente los beneficios percibidos de la CAP definidas como las percepciones anticipadas de las consecuencias positivas del uso de MPF. En seguida se encuentran las barreras percibidas para la CAP que son las percepciones de la inconveniencia, costo y dificultades que interfieren negativamente en el uso de MPF. Posteriormente se encuentra la autoeficacia para la CAP, considerada como la percepción de la persona sobre su capacidad para el uso de MPF. El último concepto en esta segunda columna son las influencias interpersonales para la CAP, consideradas como la percepción de apoyo que la persona tiene de la pareja, la familia y el personal de salud para el uso de MPF. En la tercera columna se encuentra la Conducta anticonceptiva de la pareja, considerada como la conducta resultado y concebida como la expresión de un conjunto de comportamientos específicos de una persona sexualmente activa, relacionados con el uso o no de MPF con su pareja para evitar embarazos.

Ahora bien, para la mejor comprensión de estos conceptos y su relación se presentan las siguientes proposiciones:

- La conducta previa relacionada y los factores personales en el uso de MPF de la pareja, inciden directamente sobre la CAP.
- La conducta previa relacionada y los factores personales en el uso de MPF de la pareja, influyen sobre la percepción de barreras, beneficios y autoeficacia para la CAP.
- La conducta previa relacionada y los factores personales en el uso de MPF de la pareja, inciden sobre las influencias interpersonales para la CAP.
- La percepción de barreras, beneficios y autoeficacia para el uso de MPF de la pareja inciden en la adopción de la CAP.

- Una percepción alta de los beneficios del uso de MPF, aumenta la autoeficacia anticonceptiva percibida para la CAP.
- Una percepción de autoeficacia anticonceptiva alta, disminuye la percepción de barreras para la CAP.
- Las influencias interpersonales para el uso de MPF de la pareja influyen en la CAP.

Figura 6. Modelo Explicativo de la Conducta Anticonceptivo de la Pareja

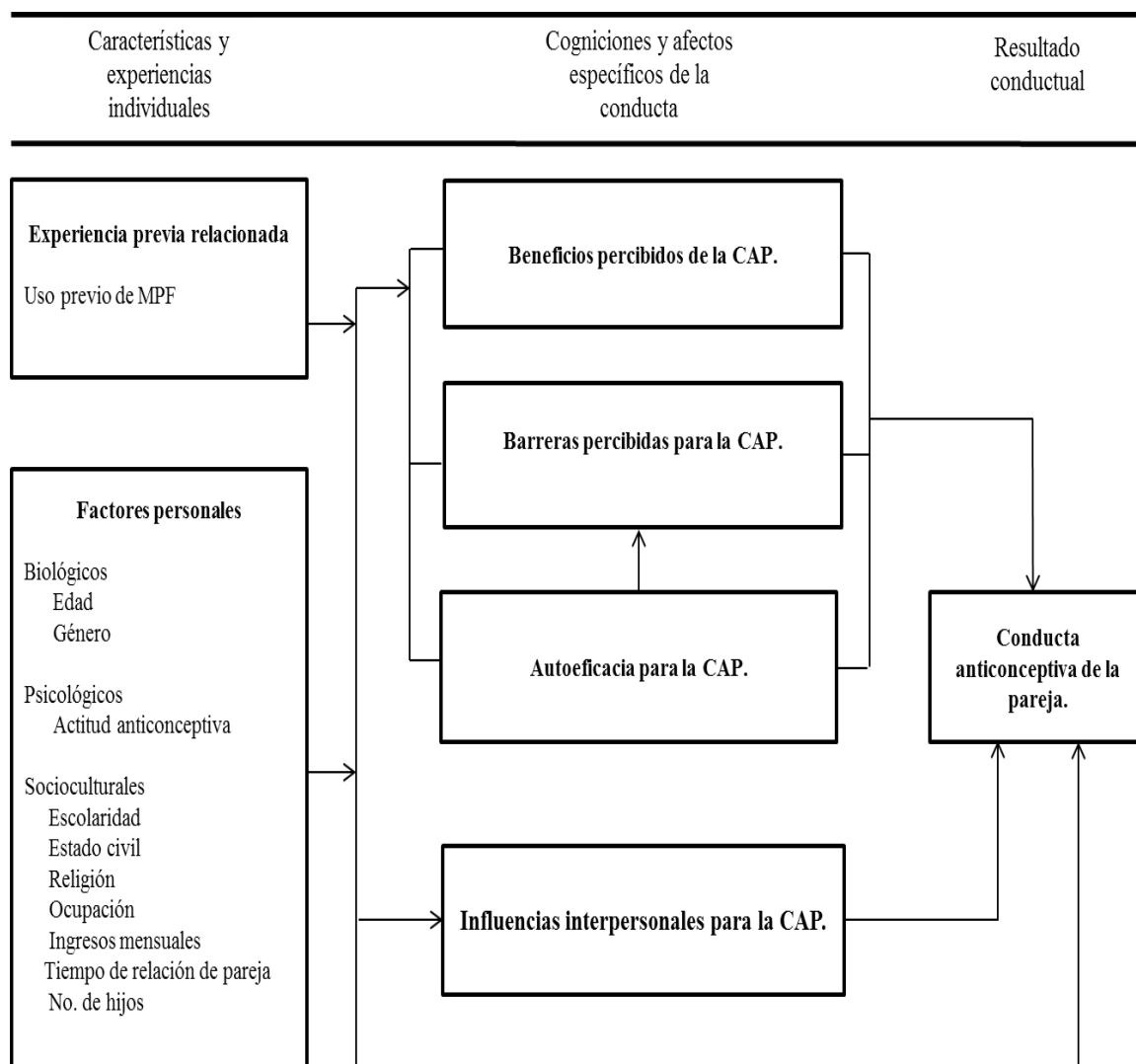


Figura 6. Representación grafica del Modelo Explicativo de la Conducta Anticonceptiva de la Pareja (Flores & Sáenz, 2017) adaptado del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2015), derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Estudios Relacionados

En el siguiente apartado se presentan las investigaciones que se han realizado en relación al planteamiento del presente estudio y que dan sustento científico al Modelo que se ha propuesto para explicar la Conducta Anticonceptiva de la Pareja. Los estudios fueron organizados en lo posible por cada una de las variables planteadas. Al final de cada una se presenta una síntesis general de los mismos que respaldan las relaciones propuestas entre los conceptos.

Experiencia previa relacionada.

Frances, Harding, Biekro y Collumbien en el 2014, realizaron entrevistas a profundidad sobre la historia de vida de 80 parejas sexualmente activas. Los resultados arrojaron que la anticoncepción es vista como favorable, aunque el momento y la elección del método dependen en gran medida del tipo y la etapa de la relación en pareja. En la primera relación sexual en la vida y la primera relación sexual con una nueva pareja, el sexo es por lo general sin protección.

Cuando la pareja se siente estable, abandona métodos como el condón y adopta los métodos tradicionales, por temor a que los métodos puedan afectar la fertilidad. Posteriormente después de un primer parto, las parejas prefirieron los anticonceptivos modernos para el espaciamiento de los hijos. Las conclusiones fueron que los programas de anticoncepción pueden ser más eficaces si los mensajes se dirigen de acuerdo a la etapa de relación con inclusión de los hombres. Esta misma tendencia fue observada en parejas de Gambia por Jammeh, Liu, Cheng y Lee-Hsieh en el 2014, donde 189 (46%) de ellas reportó haber usado previamente métodos anticonceptivos, mientras que sólo 87 (21.2%) dijeron que los usaban actualmente.

Asekun-Olarinmoye (2013), abordó a 359 mujeres de Osogbo con una media de edad de 28.6 ± 6.65 años. El 90.3% de los encuestados eran conscientes de los métodos modernos de planificación familiar, el 74.9% conocía al menos cinco métodos. Sin embargo, sólo el 30.6% había usado alguna vez anticonceptivos y sólo el 13.1% eran

usuarias actuales. El método más frecuentemente utilizado fue el preservativo masculino (Lu et al, 2012). En el caso de los hombres hay estudios que reportan que éstos refieren usar además del condón (33%) e indirectamente la esterilización femenina (20%), también se ha reportado el uso de otros métodos modernos, como el Dispositivo intrauterino (DIU) (1.3%) y las inyecciones (0.3%), aunque en porcentajes más bajos. (Mishra et al., 2014). También Castañeda-Sánchez, Castro-Paz y Lindoro-López en el 2008, encontraron que el 59% de las mujeres de su estudio refirieron haber usado con mayor frecuencia el DIU y los hormonales orales o inyectables. Se concluyó que es necesario reducir la brecha de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que fomente el uso de los MPF.

Aspilcueta-Gho en el 2013, realizó una revisión de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en Perú del 2008 y 2011, aplicada a hombres y mujeres, reportó que del 54.2% de los hombres que usaron método anticonceptivo el 39.5% optó por métodos modernos, mientras que el 14.5% por los tradicionales. La prevalencia masculina referida hacia el uso actual de métodos anticonceptivos (en varones de 15 a 59 años) fue casi nueve puntos porcentuales superior a la prevalencia femenina global registrada en el periodo 2004-2006 que fue de 45.8%. Esta diferencia fue atribuible al mayor uso de métodos modernos declarado por los varones: 39.5% frente al 30.9% por las mujeres. Al respecto Estrada et al, en el 2008 de una muestra de 293 mujeres atendidas por la Secretaría de Salud, reportó que 147 (50.17%) son usuarias y 146 (49.82%) no usuarias de servicios de PF.

Arrua, Bogado y Sauchuk (2012), realizaron un estudio en 377 alumnos universitarios de Itauguá, con edad promedio de 21 ± 3 años. El 16% señaló al preservativo como el método más eficaz, mientras que el 62.3 % no supo responder cuál de todos. El 73% conocía la píldora de emergencia y el 23% la utilizó con su pareja en alguna ocasión. El método anticonceptivo de preferencia fue el preservativo en un 72%.

Los autores concluyeron que el método más usado fue es la píldora de emergencia, seguido del condón.

Dhingra, Manhas, Kohli y Mushtaq en el 2010, hicieron un estudio con el objetivo de evaluar el conocimiento, la comprensión y la actitud de las parejas hacia la PF. La muestra para el estudio fue de 200 parejas casadas del Distrito de Jammu a través de la técnica de muestreo aleatorio estratificado. Los resultados mostraron que la mayoría de los encuestados rurales, especialmente las mujeres (51%) no tenían conocimiento de los conceptos relacionados con la PF, sin embargo, los condones fueron los métodos anticonceptivos más favorables a través de ambos ajustes (81% hombres y 77.5% mujeres), seguido de las píldoras para el espaciamiento de los embarazos (39%).

En síntesis, tanto en hombres como en mujeres se observa aún el uso nulo o limitado de MPF. Se refiere como limitado, porque el uso se centra solo en algunos métodos considerados como populares dentro del grupo social, tales como el condón masculino, la pastilla del día siguiente, hormonales orales e inyectables, el coito interrumpido entre otros. Se ha encontrado que no necesariamente el conocimiento de los MPF existentes que tiene la persona, favorece el uso previo de MPF.

Factores personales.

Babalola, Kusemiju, Calhoun, Corroon, y Ajao (2015), determinaron los factores que influyen en la disposición de los hombres nigerianos urbanos para adoptar métodos anticonceptivos en una muestra de 2.341 hombres musulmanes y cristianos con una media de edad de 33.1 años, el 83.9% de los participantes habían recibido al menos la educación secundaria o superior, ello se asoció con un aumento de aproximadamente 6.7 puntos en la probabilidad de uso de anticonceptivos ($p < .001$), en relación a quienes tenían una educación inferior.

En cuanto a la edad, aquellos de 35 a 59 años presentaron mayor probabilidad de uso, que los de 15 a 34 ($p < .001$). Así mismo esta posibilidad fue inferior en los musulmanes en aproximadamente 1.7 puntos en promedio respecto a los cristianos

($p < .001$). En relación al estado civil, la posibilidad fue de 7.8 mayor para quienes se encontraban casados o cohabitando ($p < .01$), que para quienes se encontraban solteros.

Nsubuga, Sekandi, Sempeera y Makumbi (2015), desarrollaron un estudio en Kampala en 1,008 mujeres con una mediana de edad de 21 años, identificando que en comparación de las alumnas del primer año, las del segundo año escolar tenían una prevalencia del 22% más alto de uso de anticonceptivos

($OR = 1.22$, $IC\ 95\% [1.02-1.45]$, $p = .029$). La prevalencia de uso de anticonceptivos fue del 75% más alta entre las alumnas en unión libre

($OR = 1.75$, $IC\ 95\% [1.50-2.05]$, $p < .001$), en comparación con las casadas o solteras. La probabilidad de uso de anticonceptivos fue un 35% menor en las alumnas que se declararon evangélicas en comparación con las estudiantes católicas

($OR = 0.65$, $IC\ 95\% [0.50 - 0.84]$, $p < .001$).

Ramos-Salazar, Castañeda-Sánchez y López (2015), determinaron en 111 hombres, los factores biopsicosociales que influían en la adopción de la vasectomía en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Ciudad Obregón, Sonora, México. Dentro de los resultados encontraron que la edad promedio de los entrevistados fue 36.8 ± 6.3 años, también se observó una relación significativa entre la escolaridad ($RM = 6$, $IC\ 95\% [1.4 - 25.6]$, $p = .02$) y el nivel socioeconómico ($RM = 4.4$, $IC\ 95\% [1.19-1.30]$, $p = .041$) respecto a la elección de la vasectomía. Los autores concluyeron que los varones entre 30 y 40 años de edad, con una escolaridad media-superior en adelante, aceptan seis veces más la vasectomía, y aquellos con un estrato socioeconómico medio-alto o mayor hasta 4.4 veces.

Jammeh, Liu, Cheng y Lee-Hsieh en 2014, exploraron el conocimiento de las parejas casadas ($n = 176$) sobre PF, actitudes y prácticas en Gambia rural y urbana, así como los factores que pueden afectarlos. La actitud fue el predictor más fuerte de la práctica, representaron el 34.6% de la varianza. Los participantes que se casaron después de 24 años de edad tuvieron puntuaciones más altas en el conocimiento ($p < .01$) y las

actitudes ($p < .01$) que los que se casaron antes. Los autores concluyeron que factores socioeconómicos y demográficos como nivel educativo, la edad, el empleo y las actitudes, tienen un efecto directo e indirecto sobre la práctica de PF ($p < .001$).

Así mismo Kabagenyi, Ndugga, Wandera y Kwagala (2014), realizaron un estudio donde examinaron a 2,295 hombres de Uganda con edad 15-54 años y encontraron que además de la educación ($OR = 2.13$, $IC\ 95\% [1.01-4.47]$, $p < .05$), también el número de hijos vivos ($OR = 2.04$, $IC\ 95\% [1.16-3.59]$, $p < .05$), influyen en el uso de métodos anticonceptivos modernos, dentro de esta población. Ahmed (2013), también observó efecto de la edad ($\beta = 1.39$, $p < .001$), el número de hijos menores de cinco años ($\beta = 1.98$, $p < .02$) y el nivel de educación ($\beta = 0.87$, $p < .06$) en el uso de MPF en mujeres en edad fértil (Asekun-Olarinmoye, 2013). También se observó que los hombres considerados como ricos hacían un mayor uso de este tipo de MPF ($OR = 2.518$, $IC\ 95\% [1.58-4.01]$, $p < .05$).

Mishra et al. (2014) estudiaron las actitudes de los hombres en relación a la igualdad de género que se asociaban con comportamientos anticonceptivos. La muestra se constituyó de 6,431 hombres casados en ese momento en cuatro ciudades de la India. Una tercera parte de los hombres en la muestra fueron educados durante 9-12 años, los hombres más jóvenes fueron más propensos a utilizar métodos modernos en comparación con los hombres mayores ($\beta = 0.18$, $p < .05$), un 27% tenía más de 12 años de educación. El 90% tuvo al menos un hijo y al menos una quinta parte tenía cuatro o más hijos. La mayoría de los hombres dijo que no querían más hijos en un 71%, contra el 18 % que querían aplazar por dos o más años, así mismo la mayoría de los hombres presentaron niveles altos o moderados de toma de decisiones sensibles al género.

Irani, Speizer, y Fotso (2014), llevaron a cabo un estudio en 883 parejas de tres ciudades de Kenya de 15 a 59 años de edad, para determinar la asociación entre las características del nivel de relación, tales como el deseo de tener otro hijo, la comunicación sobre el número de hijos deseado y uso de MPF y la intención de uso

entre las no usuarias. Los autores reportaron que dos tercios utilizaban MPF. Las parejas sin hijos vivos fueron menos propensos (24%) a usar MPF que las parejas con uno o más hijos vivos ($OR = 0.09$, $IC\ 95\% [0.030-0.29]$, $p < .01$).

Por otro lado, las parejas con educación secundaria o más, tuvieron dos veces más probabilidades de usar anticonceptivos, que las parejas con sólo educación primaria ($OR = 1.56$, $IC\ 95\% [0.78 - 3.12]$, $p < .01$). También se observó un mayor uso de anticonceptivos entre las parejas donde ambos integrantes eran protestantes ($OR = 3.10$, $IC\ 95\% [1.36- 7.07]$, $p < .01$). Además, las parejas de hogares ricos tuvieron dos veces más probabilidades de usar anticoncepción que las de hogares pobres ($OR = 1.84$, $IC\ 95\% [1.04- 3.24]$, $p = .005$).

Brunie, Tolley, Ngabo, Wesson y Chen (2013), llevaron a cabo un estudio mixto en 637 mujeres, multíparas, no embarazadas con al menos un hijo vivo, con edad entre 21 y 49 años. Se realizaron entrevistas a profundidad en 54 mujeres y 27 hombres con su pareja, para identificar las razones de la falta de uso de PF moderna en Ruanda. Los factores sociodemográficos que se relacionaron con el uso de anticonceptivos fueron la educación ($\chi^2 = 1.55$, $p < .001$), el tener hijos menores de 6 meses ($\chi^2 = 1.65$, $p < .001$), la intención de tener más hijos ($\chi^2 = 5.91$, $p < .001$), y la edad ($\chi^2 = 3.22$, $p = .003$).

Kisa, Zeyneloğlu, y Delibaş (2013), evaluaron la influencia de la edad sobre el uso de MPF por los hombres casados. Se incluyeron 1352 hombres de entre 20 a 52 años que vivían en el sureste de Turquía. El 39.1% tenía entre 20 y 29 años de edad, 62.7% eran graduados de la escuela secundaria de primer ciclo, y el 49.9% reportado un nivel medio de ingresos. Los participantes tenían un promedio de edad en el matrimonio de 23.68 ± 3.10 y el 51.3% de ellos tenían de uno a dos niños.

En relación al uso de MPF por parte de los hombres se encontró que aquellos con edades de 40 años y más, los usaban con mayor frecuencia (47.5%) que aquellos en el grupo de edad de 20-29 años (38.8%), $p < .01$. En estos mismo grupos de edad se observó que los primeros hacían uso de métodos hormonales con su pareja en un 24.8%

y de los condones en un 28.9%; mientras que los del segundo grupo hacían uso en un 18.5% y 10.2% respectivamente ($p < .01$).

Se encontró que el porcentaje de uso de MPF para los hombres en el grupo de edad de 20 a 29 años con cinco o más niños (88.9%) fueron más altos que los hombres en la edad grupo de 30 a 39 años (8.2%) y por los hombres que eran 40 años y más con los mismos hijos de número (33.9%), $p < .01$. También se observó que la tasa de uso de anticonceptivos era más alta entre los hombres en el grupo de edad de 20-29 años (58.3%) y 30 a 39 años (48.5%) con grados de secundaria o más. Hubo diferencias significativas entre los niveles educativos dentro de cada grupo de edad, $p < .01$.

Se determinó que la prevalencia del uso de anticonceptivos es mayor en aquellos con un alto nivel de ingresos (60.9%), $p < .01$, en comparación con lo de ingresos bajos. Se concluyó que los programas de planificación familiar por edad pueden hacer una importante contribución a los esfuerzos globales para mejorar la anticoncepción entre los hombres. Se recomendó al personal médico que para diseñar programas de educación específicos debe considerar la edad para los hombres.

Mosha y Ruben en el 2013, examinaron el uso de PF, así como variables sociodemográficas, redes sociales, el conocimiento y la comunicación entre las parejas, en 440 mujeres en edad reproductiva entre 18 y 49 años, casada o en unión libre. De los participantes del estudio más cristianos han utilizado MPF en comparación con los musulmanes ($n = 86$), las personas con alguna ocupación han utilizado FP en mayor medida en comparación con los desempleados ($n=72$), las personas más ricas usan más la PF en comparación con los pobres ($n = 95$), también, la mayoría de los participantes con más de cuatro integrantes en el hogar han utilizado más la FP ($n=64$) en comparación con los participantes con cuatro o menos integrantes. El 73.2% de los encuestados había usado MPF. La religión se asoció con el uso de MPF ($OR = 2.802$, $IC\ 95\% [1.476 - 5.321]$, $p=.002$).

Shahjahan et al. (2013) estudiaron el papel de los hombres en la salud reproductiva, así como los factores que influyen en la misma. La muestra estuvo constituida por 615 hombres de edades 25 a 45 años ($M= 34$), con un promedio de escolaridad de 3.7 e ingreso promedio mensual de Tk 3.400 (US \$ 1 = Tk 70). Se observó asociación significativa con la participación de los hombres y la educación ($p< .001$), la ocupación ($p< .001$), los ingresos ($p< .001$) y el número de niños que viven ($p= .003$). Los resultados del análisis de regresión logística mostraron un modelo significativo ($\chi^2 = 81.472$, $p< .001$) que explicó que a mayor nivel de estudios, número de hijos vivos e ingreso económico, mayor era la participación de los hombres en los servicios de salud reproductiva.

Lu et al. (2012) identificaron los factores potenciales relacionados con el uso del condón entre los estudiantes universitarios varones de siete colegios en Wuhan, China con experiencia sexual ($n= 870$) con el fin de prevenir el embarazo. Los varones con parejas estables eran más propensos a usar preservativos que los estudiantes con parejas ocasionales ($OR= 3.11$, $IC\ 95\% [2.30 - 4.20]$, $p< .001$). Las actitudes positivas hacia la responsabilidad anticonceptiva se asociaron con mayores probabilidades de uso del condón ($OR= 1.40$, $IC\ 95\% [1.02-1.92]$, $p< .001$). Sólo 54 (6.2%) y 83 (9.5%), los encuestados informaron que los condones son gratuitos y el asesoramiento sobre salud reproductiva estaban disponibles en el centro de salud estudiantil.

Los estudiantes que utilizaron condones reportaron que los hombres deben asumir la responsabilidad de cuidar de regulación de la fertilidad y el embarazo, contrario a los estudiantes que informaron el no uso de preservativos ($p< .001$ y $p< .05$, respectivamente). Otra diferencia encontrada entre los estudiantes masculinos que utilizaron condones y los que no, fue que los primeros reportaron el uso del preservativo como un método que tiene el fin de regular la fertilidad ($p= .041$).

Youngwanichsetha, (2012), describió los factores asociados con la planificación del embarazo entre 974 mujeres tailandesas budistas y musulmanes en el sur de

Tailandia. El grupo de mujeres entre 20 y 35 años de edad tenía la puntuación media más alta para la planificación del embarazo ($M = 17.48$, $SD = 6.58$), mientras que las mujeres entre 14-19 años y 36-44 años tenían significativamente más bajas puntuaciones para la planificación del embarazo que el primer grupo ($F_{[2, 971]} = 15.839$, $p < .001$). Las mujeres trabajadoras presentan puntuaciones mayores para la planificación del embarazo, que las que no, ($F_{[1, 972]} = 11.460$, $p < .001$). Las mujeres casadas embarazadas tenían mayores puntuaciones que las que se encuentran solas o separadas ($F_{[1, 972]} = 26.802$, $p = .006$). Los hallazgos indican que las mujeres que tenían dos o más hijos tenían puntuación significativamente menor para la planificación del embarazo que las que tenía un solo hijo o hijos ($F_{[2, 971]} = 13.005$, $p < .001$). Se concluyó que se requieren de asesoramiento e intervenciones para apoyar y facilitar la toma de decisiones en relación con la planeación del embarazo.

Akintade, Pengpid y Peltzer (2011), evaluaron descriptivamente a 360 mujeres estudiantes de la Universidad Nacional de Lesotho, mayores de 18 años de edad, encontrando que la edad, número de hermanos, la religión y el haber sido instruido formalmente sobre la PF en la escuela no se asociaron significativamente con el uso actual de anticonceptivos, sin embargo, las mujeres casadas tenían una actitud más positiva hacia el uso de anticonceptivos modernos ($\chi^2 = 6.89$, $p = .008$), a diferencia de quienes eran solteras.

Oliva, Hernández, Garduño y Calzada (2011), describieron en 412 varones vasectomizados entre 31 a 40 años de edad, los factores socioculturales que influyen para que opten por realizarse este procedimiento. El 72.09% reportó de uno a diez años de unión con su pareja actual. El 89.7% tenía de uno a tres hijos. El 72.82% indicó que estaban satisfechos con su paternidad, mientras que 14.07 % y 12.13% señaló que la razón para no tener más hijos era por problemas económicos o problemas de salud de su pareja, respectivamente. La conclusión de este estudio fue que los varones que eligen la vasectomía sin bisturí, son jóvenes que desean tener una familia pequeña.

En síntesis, nivel educativo, el estado civil, edad, empleo (en su mayoría amas de casa), los ingresos, la ocupación, actitudes, conocimientos y tipos de matrimonios tuvieron un efecto directo e indirecto sobre la práctica de la PF, tanto de hombres y mujeres. Específicamente de la edad se encontró que los hombres joven usaban más MPF, que los hombres mayores. Las actitudes positivas predice la práctica de uso de PF. Los hombres han reportado más actitudes positivas que las mujeres hacia el uso de MPF.

Las parejas sin hijos vivos fueron significativamente menos propensas de usar anticoncepción que las parejas con uno o más hijos vivos. Respecto a la religión se encontró que las probabilidades de uso de anticonceptivos entre las parejas donde ambos integrantes eran protestantes eran casi tres veces mayor, que en las parejas donde ambos fueron musulmanes. El tiempo de relación determinan el uso de MPF, así como el número total de hijos vivos y el deseo de tener más. Los varones con parejas estables eran más propensos a usar preservativos que los estudiantes con parejas ocasionales.

Beneficios y barreras percibidos para la CAP.

Kura, Vince y Crouch-Chivers, (2013), desarrollaron un estudio donde evaluaron dentro de otras variables los propósitos de la PF en una población conformada por 222 hombres casados entre 21 y 44 años de edad ($M=36$), que residían con su esposa o esposas y que había engendrado al menos un hijo. Dentro de los principales propósitos identificados del ejercicio de la PF, el 51% refirió el espaciamiento de los nacimientos, la esterilización permanente 3% y un 47% dijo ignorar la razón. Muchos conocían el uso del condón para la prevención del VIH/sida, pero no de su función de PF, además el condón fue asociado con la promiscuidad (24%), por tanto, su uso no era convincente del todo entre los hombres.

Ochako et al. (2015), llevaron a cabo un estudio cualitativo en mujeres jóvenes de Kenia entre 15 y 24 años de edad que hacían uso de anticonceptivos modernos, para identificar las barreras de uso. Dentro de los principales hallazgos en relación a las barreras de uso destacaron las creencias de las participantes hacia los efectos

secundarios de los anticonceptivos, principalmente a la infertilidad, así como el estrés que provoca la no aceptación de su grupo social para el uso de MPF. El estudio concluye que es importante el generar campañas comunitarias que disminuyan los mitos y las ideas equivocadas sobre el uso de anticonceptivos.

Godia, Olenja, Hofman y Van Den Broek (2014), este estudio cualitativo exploró los problemas de Salud sexual y reproductiva (SSR) a los que se enfrentan los jóvenes y su percepción sobre los servicios de SSR disponibles en Kenia. Se abordaron 18 grupos de discusión focales con jóvenes entre 15 a 24 años de edad. Dentro de los temas que se incluyeron fueron los problemas de SSR a los que se enfrentan los jóvenes, comportamiento de salud, percepciones de los servicios de SSR disponibles, barreras y facilitadores en la búsqueda de atención de salud.

Aunque la mayoría de jóvenes sabía que los anticonceptivos eran eficaces, creían que las mujeres no debían recibir anticonceptivos hormonales (inyecciones y anticonceptivos orales) si aún no han tenido un hijo ya que esto puede impedir que ellas puedan concebir en el futuro. La mayoría de los jóvenes sugirieron que era responsabilidad de la mujer prevenir el embarazo y que es difícil discutir con las ellas sobre el uso de anticonceptivos. Las percepciones de los servicios fueron tanto positivas como negativas y diferían de centro de atención médica integrada o centro juvenil.

La mayoría de los jóvenes indicó que la disposición en los centros de salud integrados, incluyendo la sala de espera, ha sido diseñado para las mujeres y los niños, lo que les lleva a sentirse incómodos en estos lugares y que indica que los hombres han sido descuidados por el sistema. Los jóvenes informaron que muy pocos de ellos utilizaban condones consistentemente, por razones como la falta de apoyo de la sociedad, no saber cómo usarlos, la negativa de algunas mujeres, la falta de satisfacción sexual y la creencia de que los condones no eran buenos.

Kabagenyi et al., (2014) examinaron la percepción de hombres y mujeres en relación a los obstáculos para la participación de los hombres en la salud reproductiva,

así como para el consumo de anticonceptivos modernos. Se trata de un estudio cualitativo mediante 18 grupos de discusión con hombres entre 15-54 años y las mujeres de 15-49 años. Las transcripciones fueron codificadas y analizadas temáticamente utilizando ATLAS.ti. Se identificaron cinco temas como justificación de la participación limitada de los hombres: los efectos secundarios percibidos de métodos anticonceptivos femeninos que interrumpen la actividad sexual, las opciones limitadas de anticonceptivos masculinos disponibles, incluyendo el miedo y las preocupaciones relativas a la vasectomía, la percepción de que la salud reproductiva era del dominio solo de la mujer, debido a las normas de género y la comunicación de PF tradicional se orientan principalmente hacia las mujeres, la preferencia por familias numerosas y la preocupación de que el uso de anticonceptivos dará lugar a relaciones sexuales extramaritales. Se concluyó que la toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos es responsabilidad compartida de hombres y mujeres. Las iniciativas de PF deben abordar las barreras que limitan la participación de los hombres en la SR, incluidas las creencias negativas de los hombres al respecto.

Asekun-Olarinmoye (2013), abordó a 359 mujeres de Osogbo, con una media de edad de 28.6 ± 6.65 años, encontrando que las barreras percibidas comúnmente representan el escaso uso de los métodos de PF fueron temor a los efectos secundarios percibidos (44.0%), la ignorancia (32.6%), falta de información (25.1%), la superstición (22.0%), y la cultura (20.3%), se concluyó que la mayoría de los obstáculos conocidos pueden ser responsable del bajo uso de MPF y por tanto de la necesidad de reducir de las brechas de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y disminuir las creencias negativas sobre su uso.

Crosby et al. (2013), realizaron un estudio con el propósito investigar las percepciones de los participantes sobre el uso del condón por diferencias de género, raza y edad. Los pacientes de cuatro clínicas, en tres ciudades de Estados Unidos, fueron reclutados ($n = 928$), con una media de edad de 29.2 años ($DE = 0.8$). La mayoría

identificadas como Afro-americano/negro (66.6%), y más de la mitad eran mujeres (55.0%), mientras hombres solo 45%. En relación a las barreras identificadas para el uso del condón se identificaron las siguientes diferencias significativas en relación a la creencias según el género: Si mi compañero pregunta si podíamos usar un condón, yo creo que él/ella no confiaba en mí ($p < .001$). Si le pido a mi pareja que use un condón, él/ella podría pensar que yo la/lo estaba engañando ($p = .046$). Los condones frotan y provocan dolor ($p < .001$), los condones se sienten antinaturales ($p = .038$), los condones afectan el clímax u orgasmo ($p < .001$). Se concluyó que las diferencias demográficas relativas a las percepciones negativas pueden informar de la adaptación de los esfuerzos de intervención que tratan de corregir las percepciones negativas acerca de los condones y así promover el uso del este método entre los individuos en riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) en los EE.UU.

Mosha, Ruben y Kakoko (2013), este estudio exploró en 98 participantes (48 varones y 50 mujeres) entre 18-49 años ($M=36.5$), las decisiones de PF, las percepciones y las dinámicas de género entre parejas de Mwanza de Tanzania. Dentro de las principales ideas que se expresaron fueron que el uso de PF se asocia generalmente con la infidelidad conyugal, algunos hombres se preocuparon de que los métodos que usan las mujeres les permitan tener relaciones extramaritales sin ser descubiertas por sus parejas por la incapacidad de concebir por esta razón.

Hombres y mujeres expresaron su preocupación acerca de los efectos secundarios debido a la utilización de MPF, dentro de los que mencionan como efectos secundarios menores, dolores de cabeza, sangrado, aumento de peso, pérdida de peso, náuseas, mareos y dolor de estómago y como efectos graves, la infertilidad, cáncer y nacimiento de los hijos con deformidades incluidas las discapacidades físicas y mentales. Los hombres mencionaron que otra de sus preocupaciones tiene que ver con las consecuencias financieras para el tratamiento de sus esposas una vez que se ha presentado un daño por el uso de algún método. Los autores concluyen que los

programas de planificación familiar deben fomentar la toma de decisiones entre la pareja como una estrategia destinadas a mejorar el uso MPF.

Offiong, Eko, Osonwa y Osuchukwu en el 2013, realizaron un estudio cuali-cuantitativo transversal para determinar la prevalencia de uso de anticonceptivos entre 305 mujeres de edad reproductiva (20-24 años) en Calabar Metropolis, el sur de Nigeria. La mayoría de ellos eran escolarizados en un 58%, un 96.4% eran cristianos. El 78.4%, no utilizan ningún anticonceptivos y quienes habían usado eligieron el condón masculino (29.3%), seguido de las píldoras (21.7%) principalmente.

Las principales razones dadas para elegir anticonceptivos fueron su eficacia y fiabilidad en un 33%, seguido la asequibilidad y la disponibilidad en un 21.7%. El 38.3% de los no usuarios no tenían ninguna razón para no usar. Se recomienda que los proveedores de salud deben estar capacitados para poder ofrecer servicios de asesoramiento a todos los clientes con el fin de mejorar la aceptación y utilización de anticonceptivos.

Castañeda-Sánchez, Castro-Paz y Lindoro-López (2008), realizaron un estudio transversal descriptivo en una unidad de medicina familiar con el fin de identificar causas de no aceptación de los MPF en 61 mujeres en puerperio mediato que no hubieran aceptado algún método anticonceptivo, de 17 a 37 años de edad ($M= 27.1$). Unos 26 pacientes (42.6%) habían presentado reacciones secundarias como hipermenorrea 14.8%, cefalea 14.8%, náuseas 9.8%, sobrepeso 1.6% y cólicos 1.6%. Un 14.8% refirieron haberse embarazado aun cuando tenían el dispositivo.

En síntesis, los principales beneficios que la pareja percibe de los MPF, son el espaciamiento de los hijos y la prevención de ITS. En cuanto a las barreras se observa temor o la vivencia de efectos secundarios tales como, cefaleas, sangrado transvaginal, aumento o pérdida de peso, náuseas, mareos, cólicos y dolor de estómago y como efectos graves, la infertilidad, cáncer y nacimiento deformidades incluyendo discapacidades físicas y mentales. Otro de las consecuencias a la que temían era la

posibilidad de la esterilidad de la mujer, los embarazos no deseados pese a su uso y la posibilidad de relaciones extramaritales que puedan conflictual la pareja.

Otras barreras para participar de la PF expresada principalmente por los hombres fue la incomodidad de solicitar los servicios, al pensar en la incomodidad, falta de privacidad, falta de apoyo de la sociedad, la falta de información, la negativa de algunas mujeres para el uso, la falta de satisfacción sexual y la creencia de que algunos MPF, como los condones no son buenos.

Autoeficacia para la CAP.

Muhindo, Nankumbi, Groves y Chenault en el 2015, estudiaron los predictores de la adherencia de anticonceptivos y búsqueda de servicios de PF en una muestra de 211 mujeres. La mayoría de los encuestados (83.4%) estaban actualmente usando un anticonceptivo hormonal. De los participantes que estaban usando anticonceptivos, el 43% había dejado de usar en algún momento por razones distintas de embarazo, 53.1% reportó tener un intervalo menor de dos años respecto al último hijo y el 7% reportaron tener más niños de lo deseado. Los predictores de mala adherencia de anticonceptivos incluyen menor nivel educativo ($OR= 2.484$, $IC\ 95\% [1.40- 4.39]$, $p< .001$) y bajos niveles de autoeficacia ($OR=1.698$, $IC\ 95\% [1.95- 3.00]$, $p< .001$). La falta de apoyo socio masculino ($OR= 2.014$, $IC\ 95\% [1.14-3.55]$, $p < .001$) y el bajo nivel de educación ($OR= 2.103$, $IC\ 95\% [1.19-3.69]$ $p < .001$) fueron predictivos en quienes reportaron periodos intergenésicos menores de 2 años.

También se encontró que hubo una relación significativa entre el nivel de educación y la autoeficacia ($\chi^2 = 7.173$, $p< .05$). El 58% de los encuestados con educación primaria o sin educación reportaron niveles bajos de autoeficacia percibida en comparación con el 42% en el grupo con nivel secundaria y superior, quienes reportaron niveles altos. Los resultados apuntaron a la autoeficacia como un factor predictivo de la adhesión de anticonceptivos que pueden tener implicaciones para el diseño y evaluación de los Programas de PF.

Caudillo et al, en el 2015 llevaron a cabo un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de conocer la relación que existe entre el autoeficacia para la anticoncepción y la conducta anticonceptiva en 220 mujeres jóvenes que cursaban el nivel técnico con edades entre 18 y 24 años de edad con una media de 20.2 años que acudían a un centro técnico para el trabajo. El muestreo fue aleatorio, probabilístico, estratificado. Los resultados mostraron que el 17.7% eran casadas, 77.5% vivían en unión libre. El 78% de las participantes refirieron no tener hijos y el 21.8% tenían hijos y el 78% refirió el uso del condón. El ser casado y un número el tener más de dos hijos se correlaciono positivamente con la autoeficacia, así mismo la autoeficacia para la anticoncepción se relacionó significativa y positivamente con la conducta anticonceptiva. Concluyeron que la autoeficacia debe ser considerada en el desarrollo de intervenciones efectivas y programas de salud reproductiva.

Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee y Fairley (2012), determinaron la prevalencia y los factores asociados con el riesgo de embarazos no deseados en mujeres Victorianas que asisten a las Clínicas de PF. Se encontró que las mujeres en riesgo de embarazo no deseado en comparación de aquellas sin riesgo se refirieron incapaces de usar anticonceptivos en estado de excitación ($OR= 2.1$, $IC\ 95\% [1.5 - 2.9]$, $p<.001$), sin embargo éstas, refirieron sentirse cómodas para hablar con el médico acerca de PF ($OR=2.3$, $IC\ 95\% [1.1 - 4.1]$, $p=.024$). Se concluyó que aún existe un gran porcentaje de mujeres con riesgo de embarazos no deseados, debido al uso inconsistente de los MPF.

Peyman et al, en el 2009 exploraron los efectos relativos de la autoeficacia en el uso de anticonceptivos orales entre un muestra de 352 mujeres casadas iraníes con edades entre 18-49 años, mediante entrevistas estructuradas. Los coeficientes de correlación indicaron una correlación significativa entre la autoeficacia general y autoeficacia para la planificación familiar (APP) ($r= .42$, $p<.005$). También se encontró una relación significativa entre la APP ($r = .70$, $p<.005$) y la promoción ($r = .54$, $p< .005$), por lo que se consideraron como fuertes predictores de la intención de

los usuarios. Por lo tanto, se concluyó que técnicas de intervención el aumento de la autoeficacia beneficiara a las usuarias de anticonceptivos orales en la prevención de embarazos no deseados.

Heinrich en 1993, llevo a cabo un estudio para examinar la relación entre la teoría de la autoeficacia y su efecto sobre el uso de anticonceptivos, en una población universitaria. La muestra se constituyó por 250 mujeres universitarias en edades de 17-25 años sexualmente activas. El cuestionario aplicado fue diseñado para medir el uso de anticonceptivos, la autoeficacia anticonceptiva, las variables demográficas y otras variables asociadas con el entorno psicosocial de la universidad. La autoeficacia anticonceptiva fue altamente correlacionada con el uso efectivo de anticonceptivos ($r = .40, p < .01$), por lo que se consideró como un predictor en el uso de MPF que puede influir en el cambio de comportamiento anticonceptivo.

En síntesis, la autoeficacia es considerada un factor predictor de la conducta anticonceptiva de los miembros de la pareja. Algunos participantes refieren bajos niveles de autoeficacia, cuando se encuentran muy excitados sexualmente. Otras variables con las que ha relacionado la autoeficacia serian el nivel educativo, el número de hijos vivos y el apoyo social con el que cuenta la pareja.

Influencias interpersonales para la CAP.

Ezeanolue et al (2015), realizaron un estudio sobre el papel de la pareja de 2,468 mujeres embarazadas nigerianas para el uso de métodos anticonceptivos modernos. Se encontró que el 66.5% de los hombres que estaban al tanto de los anticonceptivos modernos ($OR = 3.17, IC\ 95\% [2.70 - 3.75], p < .001$) y el 72% de los que apoyan el uso de la anticoncepción ($OR = 5.76, IC\ 95\% [4.82 - 6.88], p < .001$), tenían parejas que expresaron el deseo de usar anticonceptivos. El vivir en una casa de cinco o más personas ($OR = 1.45, IC\ 95\% [1.23 - 1.72], p < .001$) también se asociaron significativamente con el deseo expresado de las mujeres a utilizar un método anticonceptivo moderno. Se concluyó que la conciencia de los hombres y su apoyo a la

pareja se asociaron significativamente con el deseo de sus cónyuges a utilizar un método anticonceptivo.

Gueye, Speizer, Corroon y Okigbo, (2015), realizaron un estudio en mujeres de ciudades de Kenya, Nigeria y Senegal, con edades entre 15 y 49 años de edad, con el fin de examinar cómo la prevalencia de mitos negativos en una comunidad afecta el uso del MPF. Dentro de los mitos más frecuentes que se identificaron fueron "las personas que usan anticonceptivos terminan con problemas de salud", "los anticonceptivos son peligrosos para la salud de las mujeres" y "los anticonceptivos pueden dañar tu vientre". En Nigeria la variable de mitos femeninos a nivel de comunidad se asoció positivamente con el uso de anticonceptivos modernos ($OR= 3.39$, $IC\ 95\% [1.25-8.66]$, $p<.05$), mientras que en los hombres se asoció negativamente con el uso de MPF ($OR= 0.33$, $IC\ 95\% [0.15-0.71]$, $p<.01$). Ninguna variable de nivel comunitario se asoció con el uso de anticonceptivos modernos en Kenia o Senegal. Los autores concluyeron que los programas de educación deben incluir las creencias de la comunidad para promover el uso de MPF.

Khan et al. (2015), analizaron como barreras sociales, el efecto de la oposición de los familiares en la intención de utilizar la anticoncepción entre las mujeres pobres en Pakistán que tienen acceso físico a los servicios de PF. Se encontró que la intención de uso de la anticoncepción se ve afectada por la oposición de su marido ($OR = 21.87$, $IC\ 95\% [13.21-36.21]$, $p<.001$) y su madre ($OR = 4.06$, $IC\ 95\% [1.77-9.30]$, $p<.001$). Se concluyó que es necesario el realizar más estudios cuantitativos que indagan sobre las barreras que se interponen en el uso de anticonceptivos.

Withers et al. (2015), realizaron un estudio cuantitativo para identificar cómo los hombres perciben su papel en la PF, en una muestra 106 hombres casados entre 20-66 años ($M = 36.4$ años), así como 3 hijos ($M = 3.3$) y que fueron integrados en 12 grupos de discusión. La información que se obtuvo fue mediante notas extensivas de campo

tomadas por una persona específica para este fin, posteriormente hubo una transcripción y traducción de las notas al Inglés. Se usó de software ATLAS.ti en las transcripciones.

Los resultados responden a preguntas concretas sobre la PF y la participación de los hombres, sobre la que éstos expresaron casi universalmente que querían ser y debe ser involucrados, solo cuatro participantes opinaban lo contrario. Además expresaron su deseo de ser informados sobre los posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, de este modo creían poder ser capaces de tomar una decisión conjunta con sus esposas acerca de un método anticonceptivo apropiado y apoyarlas si experimentaran efectos secundarios.

Aunque algunos hombres citaron el temor a los efectos secundarios, el conocimiento limitado, la conciencia y la prohibición religiosa como razones para no querer participar en PF, existieron otras más comunes como la preocupación del desempeños del rol de género y el miedo a lo que los miembros de la comunidad puedan pensar o decir de un hombre que abiertamente aceptada PF. Dado que se espera que el hombre sea viril y fértil, y por tanto un hombre que deseaba tener una familia pequeña en ocasiones era criticado por ser un proveedor de familia pobre o no funcional sexualmente.

Una gran parte de los participantes también creían que un proveedor de PF podría ponerlos en una posición incómoda. Estaban especialmente preocupados de que si ellos acompañados de sus esposas a la clínica, podrían ser presionados a tener una vasectomía o ser forzado a revelar sus actividades sexuales extramaritales o los resultados de las pruebas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Aproximadamente la mitad de los participantes admitió que eran avergonzado o incómodo discutir abiertamente acerca de asuntos sexuales en frente de sus esposas.

Alrededor de un tercio de los participantes, especialmente los hombres de mayor edad, informó la sensación de que la PF es "cuestión de la mujer" que no debe involucrar a los hombres. Otros investigadores como Mishra et al. (2014) encontraron que

aproximadamente el 48% de los hombres que tomaban en cuenta a la esposa para decidir, sobre el uso de anticonceptivos, aumentaban la posibilidad de usar algún MPF en comparación con quienes no la consideran ($p < .05$). Algo similar encontraron Shahjahan et al. (2013), solo que además del tomar en cuenta la esposa, el acudir a el personal de salud para elección de algún MPF, también aumenta sus posibilidades de uso. De este estudio se concluyó sobre la necesidad de aumentar la participación de los hombres en la PF, así como de confianza y la comunicación entre las parejas.

Kabagenyi, Ndugga, Wandera y Kwagala (2014), examinaron en 2,295 hombres de Uganda con edad 15-54 años, como el discutir éstos con trabajadores de la salud sobre temas de PF, es un determinante crítico para el uso de MPF modernos, encontrando que efectivamente se relacionaba de una manera significativa ($OR = 1.85$, $IC\ 95\% [1.29 - 2.66]$, $p < .001$). Se concluyó que es necesaria la creación de oportunidades para que los hombres interactúen con los trabajadores de la salud, con el fin de mejorar el uso de anticonceptivos entre las parejas.

Lee et al., (2014) examinaron las interacciones en diadas para predecir el uso de anticonceptivos en las esposas, así como la de sus maridos en Etiopía rural. La muestra fueron parejas casadas ($n = 389$) reclutados al azar. La media de edad de las mujeres fue de 29.9 años ($DE = 7.64$) y la duración del matrimonio de 13.3 años ($DE = 8.11$). El número medio de hijos fue de 3.96 ($DE = 2.63$). La mitad (49.1%) de las esposas no tenía educación formal, las esposas y maridos tuvieron diferentes niveles educativos ($\chi^2 = 2.19$, $p < .001$).

Hubo diferencias significativas en las percepciones acerca de la PF ($t = 17.08$, $p < .001$) el conocimiento de anticonceptivos ($t = 11.82$, $p < .001$) y el uso de anticonceptivos ($t = 2.91$, $p = .004$) entre la pareja. Los esposos fueron más propensos a reportar más actitudes positiva, así como un mayor grado de conocimiento y un mayor uso de anticonceptivos que las esposas. En lo que se refiere a la percepción sobre la PF,

la puntuación media de las esposas ($M = 30.14$, $DE = 6.96$) fue menor que los maridos ($M = 35.51$, $DE = 5.21$).

La percepción de la esposa sobre la PF se correlacionó con su propio conocimiento de sobre los anticonceptivos ($r = .367$, $p < .001$) y el uso de anticonceptivos ($r = .216$, $p < .001$), así como el conocimiento de anticonceptivos de su marido ($r = .170$, $p < .001$) y el uso de anticonceptivos ($r = .214$, $p < .001$). La percepción del marido sobre la PF se correlacionó el uso que hace la mujer de anticonceptivos ($r = .305$, $p < .001$) y el uso de anticonceptivos de su esposa ($r = .172$, $p < .001$).

Se probaron dos modelos de regresión separadas, donde las percepciones acerca de la PF en mujeres fue significativa con el uso de anticonceptivos, lo que indica que las mujeres con más percepciones positivas tenían más probabilidades de usar anticonceptivos ($\beta = .227$, $p < .001$), también se encontró un impacto positivo en el uso de anticonceptivos por el marido ($\beta = .216$, $p < .001$). Respecto a las percepciones de los esposos, el efecto como pareja para el uso de anticonceptivos por las esposas fue significativo ($\beta = .186$, $p < .001$), pero el efecto como usuario personal de anticonceptivo no fue significativo ($\beta = .037$, $p = .453$). Se concluyó que el entendimiento de las interacciones complejas entre esposas y sus maridos, puede conducir a nuevas intervenciones para mejorar la conducta del hombre en la PF.

Ahmed, (2013) realizó un estudio en 520 hogares de tres estados de Sudan, con el fin de identificar determinados factores que influyen en el uso de MPF. El análisis mostró el conocimiento del marido sobre anticonceptivos ($\beta = .61$, $p = .06$) y las discusiones conyugales en temas de PF ($\beta = 1.85$, $p < .001$) tienen un efecto positivo y estadísticamente significativo en el uso de MPF. Se concluye la importancia de que los trabajadores de la salud se involucren en la promoción de lo MPF, sobre todo en zonas remotas.

Brunie, Tolley, Ngabo, Wesson y Chen (2013), llevaron a cabo un estudio mixto en 637 mujeres, multíparas, no embarazadas con al menos un hijo vivo, con edad entre

21 y 49 años. Se realizaron entrevistas a profundidad en 54 mujeres y 27 hombres con su pareja, para identificar las razones de la falta de uso de PF moderna en Ruanda. Alguno de los factores asociados con el uso de la PF, era el apoyo que el 89.1% de las mujeres expresaron recibir de sus maridos, las cuales tenían más de ocho veces mayores probabilidades de uso que las mujeres que no refirieron dicho apoyo.

La mayoría de los usuarios (63.7%) y no usuarios (50.8%) informó de la toma de decisiones en conjunto con su pareja sobre el uso de anticonceptivos. Sin embargo, los no usuarios refirieron tener más limitaciones de este tipo con su pareja que los usuarios (15% vs 8.3%). Otros factores relacionados con el uso de métodos anticonceptivos fueron las charlas impartidas sobre PF por el personal de salud en el centro de salud comunitario ($\chi^2 = 4.51, p=.023$), así como el apoyo familiar percibido para este fin ($\chi^2 = 8.91, p<.001$). Dhingra, Manhas, Kohli y Mushtaq en el 2010, también identificaron como las parejas perciben como principales fuentes de información accesibles; la televisión y el personal médico ya que un 36% de los hombres de su estudio reportaron el haberse acercado a ellos con el fin de adquirir información relacionada con la PF.

De las entrevistas a profundidad se confirmó la importancia de la comunicación y el apoyo de la pareja para el uso de anticonceptivos. Pareciera que si la pareja no conversa al respecto es poco probable el uso. Una mujer expreso: "Sí, debe tener una discusión sabiendo que puede conducir a un acuerdo y que le permite ir a tomar un método de planificación familiar". Otros autores como Irani, Speizer y Fotso (2014), también encontraron en su estudio realizado en parejas, que en aquellas donde ambos miembros dijeron haberse comunicado sobre PF tuvieron cuatro veces más probabilidades de usar MFP, que las parejas que no lo hacían. También reportaron dos veces más la probabilidad de usar anticonceptivos si al menos uno de los integrantes de la pareja discutió sobre éstos con su pareja ($p<.01$).

Cox, Hindin, Otupiri y Larsen-Reindorf (2013) a través de una selección al azar, estudiaron en 800 parejas en edad reproductiva casadas o cohabitación, las dimensiones de la calidad de la relación de parejas y su relación con el uso de anticonceptivos en Kumasi, Ghana. Los resultados mostraron que el compromiso de los hombres y la comunicación constructiva se asociaron positivamente con el uso consciente de un método anticonceptivo a diferencia de quienes no ($OR= 1.08$, $IC\ 95\% [1.03- 1.12]$, $p< .001$). La diferencia en el nivel de educación de los integrantes de la pareja (hombre – mujer) se correlacionó negativamente con el uso no consciente de MPF ($OR= 1.07$, $IC\ 95\% [1.04- 1.11]$, $p< .001$). Los autores concluyeron que la calidad en la relación de la pareja parece ser elemento importante en la toma de decisiones de uso de anticonceptivos y debe ser considerada en el diseño e implementación de programas y políticas de PF.

Kisa, Zeyneloğlu, y Delibaş (2013), evaluaron la influencia de la edad sobre el uso de MPF en 1,352 hombres casados entre 20 a 52 años que vivían en el sureste de Turquía. Cerca del 43.2% de los hombres afirmaron haber recibido información relacionada con MPF, siendo las principales fuentes de información el personal de salud (46.6%), los medios de comunicación (31.3%) y los amigos, cónyuge y vecinos (22.1%). La tasa de uso de métodos anticonceptivos entre los hombres fue 39.6%, de los cuales 44.5% reportó el uso del método de la retirada y sólo 18.1% afirmaron que usaban preservativos.

Kura, Vince y Crouch-Chivers, (2013), desarrollaron un estudio donde evaluaron la capacidad de los proveedores de los servicios de salud para involucrar a los hombres en programas de SR. La población de estudio estuvo conformada por 222 hombres casados entre 21 y 44 años de edad ($M=36$), que residían con su esposa o esposas y que había engendrado al menos un hijo. El conocimiento entre los participantes sobre los diferentes tipos de MPF era pobre, ya que un 82% desconocía sobre los métodos que

existen para el hombre, mientras solo el 59% desconocía aquellos relacionados con la mujer.

Dentro de las razones que se expusieron para no acceder a la PF fueron en un 83% por conocimiento pobre, el 33% por el deseo de más hijos y el 19% por la religión y el acceso limitado a los servicios de salud. Otros motivos importantes del no uso son la religión que profesaba en un 50% y por vergüenza un 26%. Algunos maridos temían que los anticonceptivos pueden causar esterilidad permanente y no quieren que sus esposas usando anticonceptivos hasta que tuvieron el número deseado de hijos. Los autores concluyeron que los servicios inadecuados e inapropiados de SR para los hombres obstaculizan que éstos se acerquen y a la vez limitan su apoyo a sus esposas para el uso de los mismos.

Mosha y Ruben en el 2013 examinaron el uso de PF, así como variables sociodemográficas, redes sociales, el conocimiento y la comunicación entre las parejas, en 440 mujeres en edad reproductiva entre 18 y 49 años, casada o en unión libre. Encontraron que la comunicación y el uso de la PF se asociaron significativamente ($OR= 0.32$, $IC\ 95\% [0.215- 0.245]$, $p< .001$), así como con el conocimiento ($OR= 2.224$, $IC\ 95\% [1.509- 1.786]$, $p< .001$). Concluyeron que la información y materiales sobre educación y comunicación para promover la planificación familiar deben ser ampliamente promovidos.

Sousa da Silva et al. en el 2013 desarrollaron un estudio cualitativo con el objetivo de describir cómo las mujeres del sur de Brasil percibían la participación del compañero en la PF. El tamaño de la muestra fue de ocho mujeres por saturación de datos con edades entre 25 y 45 años de edad y que mantuvieran relación conyugal con un compañero. El número de hijos varió de uno a seis ($M= 3$). Cuatro mujeres declararon ser casadas y cuatro en unión consensual. El tiempo de relación con el compañero varió de dos a 20 años ($M=11.25$). Cinco eran amas de casa, dos ejercían trabajo remunerado y

tres con trabajo no remunerado. El nivel de escolaridad reveló tres mujeres con enseñanza fundamental incompleta, dos con enseñanza media completa.

Se realizó análisis temático de contenido. Los datos fueron organizados en dos categorías: la pareja que realiza un acuerdo sobre el momento para tener hijos y la mujer se responsabiliza por el tema anticonceptivo. La participación del compañero está dada por el apoyo emocional y afectivo a la mujer, por la ayuda en el cuidado de los hijos y por el aporte de recursos financieros. La mujer asume la anticoncepción como su responsabilidad, refiriendo que uso de algún método para evitar el embarazo tiene que partir de ella. El uso del preservativo masculino solo ocurre cuando la mujer lo cree necesario para no embarazarse, como en el intervalo entre un ciclo de la píldora y otro.

Esto revela la dificultad de la mujer en negociar el uso del preservativo con el compañero, siendo las tentativas de uso un motivo de problemas en la pareja. El hombre tiene la menor participación en las actividades de anticoncepción. Por todo lo anterior se concluyó los programas de PF necesitan incluir a los hombres, fortaleciendo los subsidios para su participación activa y reconocimiento del matrimonio y de la familia como unidades cuidado.

Luengo, Millán, Zepeda y Tijero (2012), desarrollaron un trabajo de investigación con el objetivo de identificar entre estudiantes adolescentes los beneficiarios del sistema público de salud. La muestra se constituyó de 368 adolescentes de comunidades de bajos ingresos y elevados nacimientos en adolescentes, en Santiago-Chile. Dentro de las variables predictivas para el uso de los servicios fueron: ser mujer (81.7%), mostrando una diferencia por sexo estadísticamente significativa ($p < .001$). Dentro de las razones que expresaron como motivo para no solicitaron atención de salud sexual y reproductiva (SSR) fueron: no tener necesidad, vergüenza de consultar (mujeres [$p = .011$] y hombres, [$p < .001$]) y falta de información sobre disponibilidad de este tipo de atención como un derecho (hombres [$p < .001$]). De este estudio se concluyó que un escaso porcentaje de adolescentes escolares demanda atención de SSR y quienes lo

hacen son en su mayoría mujeres, así como aquellos que están en una relación de pareja y los que han recibido educación sexual en la familia.

Akintade, Pengpid y Peltzer (2011), evaluaron descriptivamente a 360 mujeres estudiantes de la Universidad Nacional de Lesotho, mayores de 18 años de edad, encontrando que más de la mitad de los encuestados (55.6%) habían discutido el uso de PF con su pareja, mientras que el 19.7% nunca lo había hecho. Algunas de las razones expresadas para no hacerlo fueron el miedo a perder a la pareja, haberlo perdido anteriormente y el no deseo de hacerlo. El 28.9% de las encuestadas indicó que su familia apoyó el uso de la PF y el 16.4% que la familia no lo hizo. Asekun-Olarinmoye en el 2013, identificó como el soporte social influye en el no uso de MPF ($OR= 2.8$, $IC\ 95\% [1.4-5.4]$, $p< .001$).

Olukunmi (2011), desarrolló un estudio con el fin de investigar los factores que influyen en la elección de la PF entre las parejas en el suroeste de Nigeria. La muestra fue de 600 parejas de cinco estados del suroeste de Nigeria a través de una técnica de muestreo polietápico. Los resultados revelaron que estatus socioeconómico, los factores religiosos y las normas culturales no influyen en la elección de MPF, mientras que la formación académica de las parejas y la participación de la pareja hacia la elección de la PF, influyó significativamente sobre la elección de MPF ($\chi^2 = 23.26$, $p< .001$). El estudio concluyó con la recomendación de que cada pareja debe ser informada acerca de la importancia de la PF a fin de su salud reproductiva y nivel económico, ello favorecerá la reducción la mortalidad materna, la morbilidad y reducir los embarazos no deseados.

Shattuck et al. en el 2011, examinaron el efecto de una intervención educativa sobre la aceptación de anticonceptivos en la parejas en Malawi, determinando tres factores como fundamentales para la aceptación y uso de anticonceptivos modernos, tales como la información sobre los MPF modernos y los recursos disponibles a nivel local, como un requisito previo para el cambio de comportamiento, la motivación para

actuar en el conocimiento y aplicación de las prácticas de PF y las habilidades de comportamiento relacionados con la PF. Se encontró que el uso de anticonceptivos aumentó significativamente en ambos grupos después de la intervención ($p < .01$), y este aumento fue significativamente mayor en el grupo de intervención que en el grupo control ($p < .01$). El discutir con la esposa la PF era una covariable moderadamente significativo ($\beta = 0.45$, $p = .08$), y la frecuencia con la que lo hacía resultó ser un predictor significativo ($\beta = 0.48$, $p = .02$) de aceptación de la PF. El estudio concluyó que los hombres facilitan el uso de anticonceptivos en sus parejas.

Ko et al. (2010), examinaron la situación de la práctica de la planificación e identificar los factores intrapersonales, interpersonales y comunitarios asociados a la práctica la PF en 193 mujeres casadas de 16 a 49 años en Etiopía en una zona rural. Las enfermeras y las matronas deben proporcionar en la comunidad conocimientos y habilidades para el uso de MPF. La proporción de usuarios de PF que informaron que junto con su pareja aprobaron el uso de algún método para evitar el embarazo (98.3%) fue mayor que la de los usuarios que expresaron lo contrario (92.6%). Más de la mitad de los usuarios de PF había hablado con sus maridos/parejas sobre PF más de dos veces en el último año en comparación con sólo el 15% de los no usuarios de PF ($X^2 = 39.950$, $p < .001$). Cerca del 60% de los usuarios de PF no habían oído hablar de PF durante los eventos de salud de la comunidad ($X^2 = 0.007$, $p = .935$).

Las mujeres que refirieron el discutir con sus esposos frecuentemente con sus esposos / parejas sobre PF eran 11 veces más propensos a hacer PF que aquellos que no discute sobre PF ($OR = 10.996$, $IC\ 95\% [4.196 - 28.817]$, $p < .001$). No se identificaron factores relacionados con la comunidad como predictores del uso de MPF. Los autores concluyeron que los factores intrapersonales e interpersonales se relacionaron con la práctica de PF. Los factores comunitarios necesitan ser evaluados más a fondo usando varios métodos para planear un programa integral y más culturalmente aceptable de PF basado en la comunidad.

Castañeda-Sánchez, Castro-Paz y Lindoro-López (2008), realizaron un estudio transversal descriptivo en una unidad de medicina familiar con el fin de identificar causas de no aceptación de los MPF en 61 mujeres en puerperio mediato que no hubieran aceptado algún método anticonceptivo, de 17 a 37 años de edad ($M= 27.1$). Los métodos más usados fueron el DIU y los hormonales orales e inyectables. De acuerdo a los métodos conocidos, usados y de los que se ha pedido información 24 pacientes (39.3%) habían solicitado información sobre métodos anticonceptivos en una ocasión, 15 pacientes (24.6 %) en dos ocasiones y seis (9.8%) en tres ocasiones o más oportunidades. Las personas que otorgaron con más frecuencia la consejería fueron en orden de frecuencia enfermería (32 %); trabajadora social (15%) y el médico (11%). De todo ello se concluyó que pese a la consejería anticonceptiva por el equipo de salud, se apreció un gran desconocimiento sobre anticonceptivos.

Estrada et al. (2008), identificaron en 298 mujeres mexicanas que el uso de servicios de PF se asoció positiva y significativamente con el poder de decisión de la mujer ($RM=3.2$, IC 95% [1.4-7.4], $p< .001$), la comunicación con la pareja ($RM=3.5$, IC 95% [1.4-9.3], $p< .001$) y número de embarazos en su vida ($RM=4.4$, IC 95% [1.4-13.8], $p< .001$). Este estudio concluyó que la conducta reproductiva se encuentra estrechamente asociada a la condición de género de los individuos así como con la comunicación de la pareja.

Prendes, Aparicio, Guibert y Lescay en el 2001, llevaron a cabo un estudio descriptivo con el objetivo de identificar las causas de la baja participación de los hombres en la consulta de PF. La muestra fue de 300 hombres y se encontró que solo 3.6 % participó en la consulta de PF, el 63.6 % fue solo con el objetivo de acompañar a sus parejas. El condón fue el método anticonceptivo más utilizado por la muestra (47.3 %). El 48.6 % tuvo conocimiento regular sobre PF. También se encontró un predominio de comunicación deficiente en la pareja (64 %). Se concluye que los hombres

acuden poco a la consulta de PF por tener pobre motivación, desconocimiento sobre aspectos relacionados con la PF y una comunicación deficiente con su pareja.

En síntesis, se ha observado que para el uso de MPF, la persona necesita sentir la aprobación, el apoyo y la confianza de su grupo social donde se encuentran además de sus pares y familia también los profesionales de la salud. Cuando la pareja siente apoyo y aprobación aumenta su número de opciones y la posibilidad de usar algún MPF. Las condiciones no ideales de atención de los servicios de salud reproductiva, provocan sentimientos de incomodidad principalmente en los hombres, lo que se asocia con una participación limitada de los mismos en esta materia.

Conducta anticonceptiva.

Brunie, Tolley, Ngabo, Wesson y Chen (2013), llevaron a cabo un estudio mixto en 637 mujeres, multíparas, no embarazadas con al menos un hijo vivo, con edad entre 21 y 49 años. Se realizaron entrevistas a profundidad en 54 mujeres y 27 hombres con su pareja, para identificar las razones de la falta de uso de PF moderna en Ruanda. Dentro de los resultados se encontró que aproximadamente el 50.4% de los encuestados usaban en ese momento algún método moderno, el 7.7% estaban usando un método tradicional, y el 41.8% utilizaba ningún método en absoluto. Dentro de los métodos más usados se encontraron los inyectables (61.4%), seguido por las pastillas (13.8%), implantes (9.1%), los condones masculinos (7.2%), y el método de los días fijos (4.9%). Dentro de los datos cualitativos 23 de las 54 mujeres eran usuarios actuales de anticonceptivos, mientras que 12 de ellas habían utilizado en el pasado pero no en ese momento. Akintade, Pengpid y Peltzer (2011), también identificaron una preferencia de uso del condón como método anticonceptivo.

Rengifo-Reina, Córdoba-Espinal y Serrano-Rodríguez (2012), identificaron los conocimientos y prácticas en SSR de 406 adolescentes del municipio de Miranda, Cauca en Colombia. Para el 26.7% (107) de los adolescentes el sexo seguro significa solo usar preservativo. El 76.5% (306) de los adolescentes consideran importante el uso de MPF y

14% (56) expresan no saber la importancia de los mismos. Las píldoras, las inyecciones anticonceptivas y el condón son los métodos más conocidos por los encuestados en un 9.2% (37). El condón se presenta como el mecanismo de protección más utilizado. El 28.7% de los hombres y 53.7% de las mujeres consideran que los MPF sirven para evitar quedar en embarazo y evitar enfermedades de transmisión sexual ($p < .001$).

Los sitios donde los adolescentes adquieren MPF están las farmacias 18.2% (73), el hospital 5.5% (22) y sus padres 3% (12). El 56.5% (226) de los adolescentes encuestados conocen donde pedir orientación sobre sexo y embarazos, siendo las entidades de salud en 33.5% (134) los sitios de mayor referencia, seguidos de los colegios 13.2% (53). Se concluyó que los adolescentes presentan conocimientos en niveles altos, más este conocimiento no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan sus relaciones sexuales.

En síntesis, se aprecia que existe uso de MPF tanto modernos como tradicionales, aunque ello no es una constante. La población refiere MPF preferidos como el condón masculino, hormonales, método del ritmo y el coito interrumpido. El condón es visto como un método infalible de protección. Lamentablemente en ocasiones pese a la información que la persona posee y la accesibilidad de los servicios, también se encuentran parejas que no hacen uso de ningún MPF.

Objetivo General

El propósito del presente estudio, fue comprobar un modelo para explicar cómo la experiencia previa relacionada (uso previo de MPF), los factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación de pareja y número de hijos), los beneficios percibidos de la CAP, las barreras percibidas para la CAP, la autoeficacia para la CAP, así como las

influencias interpersonales para la CAP (apoyo familiar, de la pareja y de los proveedores de salud) influyen en la conducta anticonceptiva de la pareja.

Objetivos específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Explorar como la experiencia previa relacionada (uso previo de MPF) y los factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación de pareja y número de hijos) influyen en la CAP.
3. Determinar si la experiencia previa relacionada (uso previo de MPF) y los factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación de pareja y número de hijos) influyen sobre la percepción de beneficios de la CAP, barreras percibidas para la CAP y la autoeficacia para CAP.
4. Analizar cómo influyen la experiencia previa relacionada (uso previo de MPF y los factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación de pareja y número de hijos) sobre las influencias interpersonales para la CAP (apoyo familiar, de pareja y del personal de salud) para la CAP.
5. Examinar como los beneficios percibidos de la CAP, las barreras percibidas para la CAP y autoeficacia para la CAP influyen sobre la CAP.
6. Analizar como la autoeficacia para la CAP influye en las barreras percibidas para la CAP.
7. Analizar cómo los beneficios percibidos de la CAP influyen sobre la autoeficacia para la CAP.
8. Examinar como las influencias interpersonales para la CAP (apoyo familiar, de pareja y del personal de salud) influyen sobre la CAP.

Definición de términos

Actitud anticonceptiva. Es la percepción positiva o negativa de la persona respecto al uso de MPF, esta se midió mediante la escala de actitud anticonceptiva (Black, 1998).

Autoeficacia para la CAP. Es la percepción de la persona sobre su capacidad para hacer uso de MPF, para su medición se utilizó la escala de autoeficacia anticonceptiva de Levinson & College, 1986.

Barreras percibidas para la CAP. Son percepciones de la inconveniencia, costo y dificultades que interfieren negativamente para el uso de MPF, fueron valoradas mediante la escala de beneficios y barreras para la anticoncepción moderna de Brunie et al. 2013.

Beneficios percibidos de la CAP. Son percepciones anticipadas de las consecuencias positivas del uso de MPF, estos se valoraron mediante la escala de beneficios y barreras para la anticoncepción moderna de Brunie, et al. 2013.

Conducta anticonceptiva de la pareja. Se refiere a un conjunto de comportamientos específicos de una persona sexualmente activa, relacionados con el uso o no, de MPF con su pareja para evitar embarazos. Para ello se utilizó la escala de conducta anticonceptiva de Ruey-Hsia, Sho-Yuan., & Yung-Mei, 2011.

Edad. Número de años cumplidos por el participante al momento de ser abordado para este estudio, esta información se obtuvo en la cédula de datos sociodemográficos.

Escolaridad. Número de años cursados por una persona en una institución de educación formal hasta el momento del estudio, esta información se obtuvo en la cédula de datos sociodemográficos.

Estado civil. Condición social y vínculo personal que refiera la persona respecto a su pareja. Estos serán casados o en unión libre al momento del estudio. Este dato se consideró en la cédula de datos sociodemográficos.

Género. Se refiere a la expresión de la persona de acuerdo a características específicas que le identifican como hombre o como mujer, esta información se recogió en la cédula de datos sociodemográficos.

Influencias interpersonales para la CAP. Es la percepción de apoyo que la persona tiene de la pareja, la familia y el personal de salud para el uso de MPF, estas se valoraron mediante la escala de provisión social adaptada para la anticoncepción de Cutrona & Russell, 1984.

Ingreso mensual. Cantidad de dinero que recibe una persona mensualmente como producto de su ocupación al momento del estudio, este dato se consideró en la cédula de datos sociodemográficos.

Número de hijos. Cantidad total de hijos vivos que tiene el hombre o la mujer con la pareja actual o anteriores hasta el momento del estudio, este dato se consideró en la cédula de datos sociodemográficos.

Ocupación. Actividad laboral a la que la persona refiere dedicar la mayor parte de su tiempo al momento del estudio, este dato se consideró en la cédula de datos sociodemográficos.

Religión. Es la expresión de la persona sobre las creencias que profesa actualmente y su percepción de interferencia o no, para el uso de MPF. Esta información se registró en la cédula de datos sociodemográficos.

Tiempo de relación de pareja. Número de años que el participante tiene conviviendo con su pareja actual hasta el momento del estudio, esta información se recogió en la cédula de datos sociodemográficos.

Uso previo de MPF. Referencia de la persona sobre sus antecedentes de uso de MPF, esta información se anotó en la cédula de datos sociodemográficos.

Capítulo II

Metodología

El presente capítulo describe la metodología bajo la que se abordó el estudio. Esta incluye el diseño, la población, muestra, muestreo, criterios de inclusión, exclusión, eliminación, mediciones, procedimiento de recolección de la información, las consideraciones éticas y el plan de análisis de los datos.

Diseño del Estudio

El diseño de este estudio fue de comprobación de modelo (Burns & Grove, 2012). Este estudio determina las variables contenidas en la propuesta del modelo conceptual que explican y predicen la CAP (Burns, 2005). El análisis examinó sin ningún tipo de manipulación del fenómeno la relación y el grado de influencia entre las variables de estudio (Polit & Hungler, 2000). Mediante la estadística descriptiva que incluyó medias, frecuencias y porcentajes se describieron las características del grupo de estudio, cuyos datos fueron en un solo momento (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014; Polit & Hungler, 2000).

Población, Muestra y Muestreo

La población es finita y se conformó de parejas heterosexuales, que acudieron a los servicios de consulta externa de dos unidades hospitalarias de segundo nivel de atención de salud en Guanajuato, quienes eran beneficiarios en gran parte del seguro popular y cuya afluencia mensual fue en promedio de 500 parejas, que acudieron a solicitar atención prenatal del puerperio mediano y tardío, control del niño sano, especialidades quirúrgicas, medicina interna y medicina preventiva.

El tamaño de muestra fue de 300 parejas, calculada mediante el paquete estadístico nQuery Advisor, utilizando un nivel de significancia de .05, un Coeficiente de Determinación de .08, una potencia de prueba de 90% para un modelo de regresión lineal multivariada con 16 variables (Elasshoft, Dixon & Crede, 2000).

El muestreo fue sistemático con inicio aleatorio, en el servicio de consulta externa el investigador contaba hasta tres las parejas que llegaban al servicio y elegía a la tercera, la cual era abordada si cumplía con los criterios de selección y aceptaba participar en el estudio, de lo contrario se esperaba a la siguiente pareja. A partir de esta las parejas se eligieron a intervalos constantes (1 de cada 3), hasta completar la muestra (Burns & Grove, 2012; Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Criterios de Inclusión

Se incluyeron mujeres y hombres que refirieron tener una relación de pareja heterosexual con vida sexual activa. Los hombres que participaron fueron aquellos cuya pareja mujer tuviera entre 18 y 35 años de edad, rangos dentro de los que se reportan las tasas de fecundidad más altas en México (ENSANUT, 2012).

Criterios de Exclusión

Se excluyó a las parejas que refirieron tener algún problema de infertilidad independientemente si se encontraba en tratamiento o no, ya que el deseo de procreación limita el uso de cualquier MPF. Del mismo modo, no pudieron participar aquellas parejas donde la mujer hubiera sido sometida o que se encontrara próximamente programada para histerectomía u Oclusión Tubarica Bilateral (OTB) o vasectomía en el caso de los hombres, por la limitación reproductiva que estos procedimientos representan. También quedaron fuera del estudio, parejas donde uno o ambos miembros se sabía portador de alguna Infección de Transmisión Sexual, independientemente si se encontraba o no en tratamiento, ello por la limitación que representa para el ejercicio de la vida sexual y la necesidad obligatoria de uso de algún método para evitar el contagio de su pareja. Esta información se cuestionó directamente a cada uno de los integrantes de la pareja para su verificación.

Criterios de Eliminación

Se eliminaron los cuestionarios que no fueron llenados completamente o donde uno de los miembros se hubiera negado a contestarlos.

Descripción de los Instrumentos

A continuación se describe los instrumentos que se utilizaron para medir cada una de las variables propuestas para el presente estudio. Se aplicaron siete instrumentos autoaplicables en formato de papel y lápiz. El tiempo aproximado para su llenado fue de 60 minutos. Cabe mencionar, que las escalas de actitud anticonceptiva, autoeficacia anticonceptiva y conducta anticonceptiva fueron adaptadas y validadas en población mexicana con características semejantes a la población blanco, haciendo uso de la metodología propuesta por Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas y Delclós-Clanchet (2013) y Harkness (2010), que consiste en dos etapas: a) la adaptación cultural: traducción directa, síntesis, “back translation”, consolidación por comité de expertos y pre-test y b) la validación: análisis factorial exploratorio y confirmatorio (Apéndices H, I, J), consistencia interna y fiabilidad la cual se reportó valores aceptables, al ser mayores de $\alpha = .70$ (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz, 2011; Corral, 2009).

En este proceso participaron cuatro expertos, dos de ellos con el inglés como lengua nativa y los otros dos con el dominio de este idioma y el español como lengua nativa. Cada uno de ellos, leyó los ítems en su lengua nativa, luego los tradujo y redactaron a la otra lengua y posteriormente se retradujeron a la lengua original. Durante este proceso se hicieron los ajustes necesarios en el lenguaje escrito, de tal manera que fuera fácilmente comprendido por los participantes y sin perder el significado original de cada ítem. Todos los instrumentos fueron sometidos a pilotaje y finalmente a la consulta de cuatro expertos en materia de salud reproductiva para su redacción final.

Cédula de datos sociodemográficos. Esta cédula incluyó datos generales del participante tales como: folio de identificación de la encuesta asignado por el investigador, género (hombre o mujer), edad, estado civil (casado o unión libre), tiempo de relación con la pareja actual, número de hijos, deseo de tener más hijos, escolaridad, religión, ocupación, ingreso mensual. También posee tres preguntas que pretenden identificar el

uso previo y actual de MPF, así como la intención de su uso en futuro próximo (Apéndice B).

Escala de actitud anticonceptiva. Es una medida de las actitudes hacia el uso de anticonceptivos en general en comparación con las actitudes hacia un tipo específico de anticonceptivos (Black, 1998). Consta de 32 afirmaciones, de los cuales 17 se redactan positivamente (3, 5, 6, 7, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 29, 30 y 32) y los otros 15 negativamente (1, 2, 4, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 26, 28 y 31). Las respuestas son dadas mediante una escala tipo Likert con cinco opciones, que van de 1= muy de acuerdo hasta 5= muy en desacuerdo.

La suma total mínima es de 32 y la máxima de 160 puntos, recordando que los valores de las declaraciones negativas deben ser invertidos antes de la sumatoria total. Puntajes bajos indican mayor presencia de actitudes positivas hacia la anticoncepción, mientras que los altos indican mayor presencia de actitudes negativas hacia ésta. Se estima que el tiempo requerido para contestar toda la escala es de 10 minutos. El nivel de confiabilidad de esta escala con 32 ítems fue probada con Test-retest resultando ($r = .88, p < .001$). Esta escala ha sido aplicada tanto en población estadounidense y mexicana, para esta última fue necesario realizar proceso de adaptación obteniendo una consistencia interna $\alpha = .80$ (Apéndice C).

Escala de beneficios y barreras para la anticoncepción. Esta escala de seis ítems propuesta por Brunie et al., 2013, tiene como objetivo medir los aspectos positivos y negativos del uso de los métodos anticonceptivos. Las respuestas son valoradas en escala Likert que van desde 1= fuertemente en desacuerdo, 2= muy desacuerdo, 3= algo en desacuerdo, 4= muy de acuerdo a 5= fuertemente de acuerdo. La subescala de beneficios consta de dos ítems, por lo que su valor máximo es de 2 puntos a un máximo de 10 puntos, donde a menor puntaje menos beneficios percibidos y a mayor puntaje mayor percepción éstos.

La subescala de barreras consta de cuatro ítems, con una puntuación mínima de 4 y una máxima de 20, donde a menor puntaje es menor número de barreras percibidas y a mayores puntajes, mayor número de barreras percibidas. Existe referencia de que este instrumento ya ha sido aplicado y validado en mujeres mexicanas mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio, donde los factores principales fueron extraídos por rotación Promax y correlaciones cuadradas múltiples para las comunalidades. La raíz cuadrada del error medio de aproximación de la prueba de análisis factorial confirmatorio fue de 0.05 y una varianza explicada de 54%. Se obtuvo una consistencia interna para los 6 ítems de alpha de Cronbach de .80 (Apéndice D).

Escala de autoeficacia anticonceptiva. La escala de autoeficacia anticonceptiva de Levinson, & College (1986), tiene como objetivo medir las percepciones de capacidad para asumir la responsabilidad de los comportamientos sexuales y anticonceptivos, a través de una variedad de situaciones entre las mujeres adolescentes sexualmente activas. El instrumento está constituido por 15 ítems, que son contestados con una escala tipo Likert con opciones que van desde 1= no completamente verdadero para mí, hasta 5= completamente verdadero para mí. Para obtener el puntaje final se requiere que el valor de los ítems 2, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14 y 15 sean invertidos, de tal modo que las puntuaciones finales altas se refieren a una autoeficacia mayor para la práctica de la anticoncepción. La escala requiere aproximadamente 10 minutos para ser contestada.

Este instrumento fue probado en mujeres chinas, francesas, brasileñas y canadienses, así como en varones latinoamericanos, americanos y europeos, reportando una alpha de Cronbach de .73 o mayor. Aunque esta escala fue adaptada por Ubillos (1995, 2012) al castellano para población española, no se encontró disponible en español por lo que para fines de este estudio fue necesario adaptarla y validarla en población mexicana, donde se decidió retirar el ítem 10, obteniendo una consistencia interna $\alpha = .84$ (Apéndice E).

Escala de provisión social adaptada para anticonceptiva moderna. Para medir las influencias interpersonales para la CAP, se utilizó la escala de provisión social para la anticoncepción de Cutrona & Russell 1984, adaptada de la Social Provisión Scale en su versión en español. El objetivo de esta escala es medir la percepción del apoyo de la familia, de la pareja y proveedores de salud para la conducta anticonceptiva en mujeres.

Consta de 72 reactivos donde 24 de ellos corresponden al apoyo familiar, 24 para el apoyo de la pareja y 24 para el apoyo del personal de salud. Las respuestas están dadas en una escala tipo Likert que van desde 1= totalmente desacuerdo a 5= totalmente de acuerdo, con una puntuación máxima de 360 puntos y mínima de 72 puntos. Las puntuaciones mayores indican mayor percepción de apoyo familiar y social para el uso de métodos anticonceptivos. Este instrumento fue adaptado y usado por otros autores para valorar la conducta anticonceptiva en mujeres mexicanas. Este instrumento reportó una alpha de Cronbach de .94 y un Test-retest a los seis meses ($r= 0.81$, $p< .001$) (Apéndice F).

Escala de conducta anticonceptiva. La conducta anticonceptiva de la pareja fue valorada mediante la Escala de Conducta Anticonceptiva de Ruey-Hsia, Sho-Yuan., & Yung-Mei, (2011), que tiene como finalidad evaluar el conjunto de comportamientos específicos que presenta una persona relacionados con el uso de MPF, con la finalidad de evitar los embarazos. Esta escala mide dos dimensiones de este comportamiento, por un lado el relacionado con el uso de MPF (ítems 1, 2, 5) y por otro lado la prevención proactiva (ítems 3, 4), que incluye la búsqueda activa de información anticonceptiva para la toma de decisiones y la adopción de medidas compensatorias cuando se duda de la seguridad de una práctica anticonceptiva.

Consta de cinco ítems, con opciones de respuesta tipo Likert que van originalmente desde 0= no corresponde hasta 4= corresponde totalmente, con un puntaje máximo de 20 puntos y mínimo de 0. Sin embargo, en el proceso de adaptación de la escala en población mexicana hubo quienes expresaron dificultad ante estas opciones de

respuesta, por lo que en base a ellos y la literatura revisada en relación a esta variable se presentaron solo 4 opciones que fueron desde 1 = Nunca, hasta 4= Siempre, con un puntaje máximo de 20 puntos y un mínimo de 5.

Los valores altos de las sumatorias indican una conducta anticonceptiva más favorable. Esta escala se usó en hombres y mujeres mexicanos en edad reproductiva y para su validación se aplicó análisis factorial exploratorio y confirmatorio, obteniendo una alpha de Cronbach de .73 (Apéndice G).

Procedimiento de Recolección de la Información

Para la ejecución de este proyecto se contó con la autorización de los Comités de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Secretaría de Salud de Guanajuato, lo que permitió contar con las condiciones ideales dentro de las dos unidades donde se recogieron los datos de manera simultanea, como un lugar privado donde cada miembros de la pareja pudo contestar con tranquilidad los instrumentos, sin sentirse presionado o incómodo, por tal motivo el investigador principal junto con sus colaboradores se presentaron con antelación en el lugar y tiempo asignados para preparar el espacio debidamente.

Una vez que el investigado y colaboradores estaban preparados para iniciar la aplicación de los instrumentos, se instalaban en la recepción de los pacientes que acudían a los servicios de consulta externa para abordar a las personas que ingresaban de acuerdo al muestreo ya descrito. Cuando era identificada la pareja mediante el registro de su llegada, esta era abordada por el investigador o colaboradores, quienes se presentaban e invitaban a participar en dicho estudio, del que brevemente se daba una explicación. Si se mostraba interés la pareja, se le acompañaba primeramente a anunciar su llegada al servicio al que acudía y posteriormente se le llevaba al lugar asignado (sala de juntas) para contestar los instrumentos.

Una vez en el lugar se indagaba de manera privada sobre los criterios de selección, si alguno de los integrantes de la pareja no cumplía con alguno de ellos se le

explicaba el motivo y se le agradecía su participación. Si alguno de los participantes se sabía portadores de alguna ITS y su pareja no lo sabía, entre el investigador y colaboradores se informaban discretamente para que solo llenaran la cédula de datos sociodemográficos ambos y pudieran retirarse al mismo tiempo. Si ambos conocían esta problemática se les explicaba el motivo de no poder participar y se les agradecía su tiempo.

En el caso de que la pareja cumplía con los requisitos se les pedía firmar el consentimiento informado (Apéndice A) y se les entregaba la batería de instrumentos que eran foliados en ese preciso momento por el investigador para identificar posteriormente a la pareja como tal, también se les entregó a cada uno lápiz y borrador, se les colocaba en lugares separados y se les dejaba solos para que iniciaran a responder, haciendo hincapié en que podían preguntar sobre cualquier duda que tuvieran al respecto o en el caso de no saber leer y/o escribir el investigador le ayudaba a contestar hasta el final.

El orden en el que se pidió contestar dichos instrumentos fue: 1. Cédula de datos sociodemográficos de la población, 2.- Escala de actitud anticonceptiva, 3.- Escala de beneficios y barreras para la anticoncepción moderna, 4.- Escala de autoeficacia anticonceptiva, 5.- Escala de provisión social adaptada para la anticoncepción y 6.- Escala de conducta anticonceptiva.

Cabe mencionar que por parte del equipo de trabajo se cuidó que la persona que iba a consulta no perdiera su cita, por lo que si era llamado uno de los colaboradores le informaba para que acudiera a su consulta, así mismo le esperaba para poder llevarlo de regreso al aula y terminara de contestar. Es importante señalar que en este aspecto no se tuvo problema y siempre hubo disposición de las personas para continuar. También se les pidió a las personas que en caso de sentirse mal o incomodas al contestar los instrumentos podían expresarlo en el momento para ser atendidas debidamente e incluso suspender la actividad de manera temporal o permanente sin ningún inconveniente. Afortunadamente nunca se presentó ningún caso así.

Como estrategia y respetando las observaciones hechas por las autoridades del hospital los instrumentos fueron aplicados en un horario de 12:00 a 19:00, lo que favoreció que generalmente se abordara a la pareja. Sin embargo, hubo casos donde al presentarse solo uno de los integrantes de la pareja, fue necesario hacer citas posteriores, las cuales se vieron favorecidas sobre todo en quienes tenían que regresar nuevamente a la unidad hospitalaria por alguna otra razón.

Cuando la persona refería haber terminado de contestar el total de los instrumentos, estos eran recogidos por el investigador o colaboradores y hacían una revisión rápida frente a la persona y aun de manera privada, para identificar espacios sin contestar y de ser así solicitar su llenado de así desearlo la persona. Los cuestionarios debidamente contestados se colocaban sin indagar más en un contenedor de cartón que recogía al final el investigador principal para iniciar con la captura y análisis de los datos.

Al finalizar de contestar los instrumentos se le pidió a la pareja, algún número de teléfono o se les agendo otra fecha para hacerles llegar a su domicilio un obsequio (despensa) como agradecimiento de su tiempo y participación. Es importante señalar que muchos de los participantes no aceptaron y mencionaron que lo que deseaban era ver mejoras en el servicio de planificación familiar, así como en el resto de los servicios.

Entrenamiento de los colaboradores. Con el fin de cumplir en tiempo con la recogida de los datos se contó con el apoyo de colaboradores de investigación, quienes son estudiantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia del octavo semestre con experiencia en la recolección de datos mediante instrumentos y que fueron capacitados durante tres sesiones de dos horas respecto a los propósitos de la investigación, el modo de abordaje y selección de los participantes y manejo de cada uno de los instrumentos, dado que los colaboradores también interactuaron directamente con los participantes y aclararon las dudas que surgieron en el momento, garantizando los fines de la investigación.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). Dentro de los capítulos que se consideran se encuentra el Título Segundo referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en su Capítulo I, los Artículos:

Artículo 13. La presente investigación se condujo en todo momento respetando la dignidad de la persona, así como sus derechos y bienestar, por lo que se le dio a conocer al participante desde un inicio la salvaguarda de su información y se le proporcionó un espacio privado que le permitiera sentirse con la confianza suficiente para contestar todos los instrumentos, así como de poder negarse o retirarse en cualquier momento que lo deseara. Artículo 14. en sus fracciones I, IV, V, VI, VII y VIII, también se ajustó a los principios científicos y éticos que la respaldaran, prevaleciendo siempre las probabilidades beneficios esperados sobre los riesgos predecibles, se obtuvo con el consentimiento informado y por escrito de cada participante en la investigación.

Antes de la aplicación de los instrumentos se contó con los dictámenes favorables de los Comités de Ética y de Investigación, así como con la autorización de cada unidad de salud donde se realizó este estudio, en este caso se abordaron dos hospitales de segundo nivel de atención de salud de la Secretaría de Salud Guanajuato, todo ello en conformidad con los Artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento. Artículo 15. Para el desarrollo de este trabajo la muestra fue seleccionada mediante un muestreo sistemático de inicio aleatorio, al fin de obtener hacer una elección imparcial de los participantes. Artículo 16.- Para este trabajo no se requieren datos personales del participante como su nombre o dirección, con lo que se protege su privacidad e identidad. Artículo 17. La presente investigación se considera de riesgo mínimo, ya que las personas no fueron sometidas a ningún método invasivo de estudio, ni hubo manipulación de su conducta. Sin embargo, dado que el tema de planificación familiar puede ser sensible o incómodo para alguna persona y puede provocar alguna reacción

como ansiedad, temor, etc. Se le ofreció al participante la confianza de expresarlo y la posibilidad de ser apoyada por algún psicólogo, si así lo consideraba. Artículo 18. La investigación podía ser suspendida de inmediato al identificar una reacción desfavorable del participante que indique su incomodidad con el tema que se abordó o su imposibilidad física para continuar con el estudio, ofreciendo la posibilidad de ser atendidos inmediatamente de manera gratuita por algún profesional de la salud como psicólogos, médicos de urgencias, etc. dentro de la unidad de salud.

El participante, fue informado desde un inicio sobre la posibilidad de suspender su participación en cualquier momento sin ofrecer explicaciones de ningún tipo y con la confianza de que no habría ningún tipo de represalia. Artículo 20. Todos los participantes contaron con consentimiento informado por escrito en base a los requerimientos de los Artículos 21, 22 y 23 de este Reglamento, donde el participante una vez informado con claridad sobre los propósitos de este estudio y en lo que consiste su participación, manifestó mediante su firma su libre decisión de participar en el presente estudio, sin coacción alguna y bajo pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometería.

Puesto que esta investigación se ejecutó en unidades de salud de segundo nivel de atención, se consideró el Título Sexto. de la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud, en su Capítulo Único en los Artículos: Artículo 113. El presente trabajo se condujo por un profesional de enfermería, el cual en cumplimiento al Artículo 114. cuenta con formación de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Especialidad en cuidados intensivos y Maestría en Ciencias de Enfermería, es trabajador activo de la Secretaría de Salud de Guanajuato desde hace seis años, donde solicitó los permisos a las autoridades correspondientes para llevar acabo el levantamiento de los datos. Artículo 115. El protocolo de investigación se presentó a las autoridades y comisiones correspondientes de la Secretaría de Salud a fin de que se hicieran los trámites y aportaciones correspondientes para ejecutar dicho trabajo en base al protocolo

final. Todo esto responde a las exigencias de Artículo 116. En relación a las atribuciones del investigador principal. Artículo 119. Al término de la ejecución de la investigación, el investigador principal presentara ante las autoridades de la Secretaría de Salud correspondientes, un informe general de los principales hallazgos.

Plan de Análisis

Los datos fueron capturados y analizados con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19. Una vez capturados en las bases correspondientes se empataron mediante la función “fundir archivos” con lo que se aseguró que no hubiera errores de captura.

Se hizo uso de estadística descriptiva e inferencial; la primera permitió describir las características generales de la población de estudio a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos por medio del Coeficiente alpha de Cronbach, se calculó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de las variables y el uso de estadística paramétrica o no paramétrica.

El objetivo uno, para éste se describieron las características sociodemográficas de la población de estudio en función de la experiencia previa relacionada (uso previo de MPF), factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación de pareja, número de hijos), los beneficios percibidos de la CAP, las barreras percibidas para la CAP y la autoeficacia para CAP, las influencias interpersonales para la CAP (apoyo familiar, de pareja y de proveedores de salud) y la conducta anticonceptiva de la pareja, para ello se usó estadística descriptiva reportando frecuencias, medias, medianas, porcentajes, así como medidas de tendencia central y dispersión. También se presentó el cálculo de consistencia interna de los instrumentos utilizados y normalidad de las variables.

En relación al objetivo dos, que exploró si la experiencia previa relacionada (uso previo de MPF) y los factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva,

escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación de pareja, número de hijos), influyen sobre la CAP, de acuerdo a la normalidad no mostrada por las variables se usó la correlación de Spearman, análisis de regresión lineal múltiple univariado y Bootstrap.

En cuanto al objetivo tres, que determinó si la experiencia previa en el uso de MPF y los factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación de pareja de pareja, número de hijos) influyen en sobre la percepción de beneficios percibidos de la CAP, barreras percibidas para la CAP y autoeficacia para la CAP, por lo que se calculó correlación de Spearman, análisis de regresión lineal múltiple multivariado y Bootstrap.

De acuerdo al objetivo cuatro, que analizó cómo influye la experiencia previa relacionada (uso previo de MPF) y los factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación de pareja, número de hijos) sobre las influencias interpersonales percibidas (apoyo familiar, de la pareja y del personal de salud) para la CAP, se calculó la correlación de Spearman, se hizo un análisis de regresión lineal múltiple multivariado y Bootstrap.

Para responder al objetivo cinco, que examino como los beneficios percibidos de la CAP, las barreras percibidas para la CAP y autoeficacia para la CAP influyen sobre la CAP, se calculó la correlación de Spearman, una regresión lineal múltiple univariada y Bootstrap.

Para responder al objetivo seis, que analiza como la autoeficacia para la CAP influye en las barreras percepcibidas para la CAP, se usó correlación de Spearman, regresión lineal simple univariada y Bootstrap .

En relación al objetivo siete, que analizó como los beneficios percibidos de la CAP influyen en la autoeficacia para la CAP, se calculó la correlación de Spearman, regresión lineal simple univariada y Bootstrap.

Finalmente para el objetivo ocho, que examinó como las influencias interpersonales para la CAP (apoyo familiar, de pareja y del personal de salud) influyen sobre la CAP, se calculó la correlación de Spearman, regresión lineal múltiple univariada y Bootstrap.

Capítulo III

Resultados

En el siguiente apartado se presentan los resultados. En primer lugar se describen las características sociodemográficas de la población mediante estadística descriptiva, por lo que se calcularon frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. También se calculó la normalidad de las variables de estudio mediante la prueba de Kolmogorov- Smirnov con corrección Lilliefors y después la prueba de consistencia interna (Alfa de Cronbach) para cada una de las escalas y sub escalas utilizadas. Posteriormente se presenta la estadística inferencial calculada de acuerdo a la no normalidad de las variables y con el fin de continuar dando respuesta a la pregunta y objetivos de investigación planteados, tales pruebas incluyeron correlaciones de Spearman, análisis de modelos de regresión lineal simple y múltiple, univariada o multivariada según correspondió, cuyas asociaciones fueron confirmadas mediante Bootstrap.

Estadística Descriptiva

Características sociodemográficas de la población.

Las características sociodemográficas que a continuación se describen se hacen generalmente comparando hombres y mujeres, con la finalidad de una mejor comprensión de los resultados posteriores que explican la CAP. Cabe mencionar que este estudio se llevó a cabo en dos unidades de salud de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud de Guanajuato en las cuales se cuidó la igualdad de los espacios y los métodos para abordar a los participante, quienes constituyen una muestra de 300 parejas heterosexuales (600 personas) con edades entre 18 y 35 años en general con una media de 26.21 ($DE= 4.42$), mostrando diferencia estadísticamente significativa ($U= -3.42, p< .001$) entre mujeres ($M= 25.52$) y hombres ($M= 26.89$) (Tabla 1).

El 44.2% de las parejas se encontraban casadas, mientras que el 55.8% se reportó en unión libre, con un tiempo de relación con la pareja actual que oscilo entre uno y

veinte años ($M= 5.30$, $DE=4.44$). En cuanto a la escolaridad medida en años de estudios, las mujeres reportaron de 2 a 21 años ($M=13.25$, $DE=3.84$), mientras los hombres de 0 a 23 años ($M=14.06$, $DE=3.98$), que en promedio corresponden teóricamente a inicios de estudios de una carrera universitaria o técnica.

En relación a la ocupación, el 26.3% de las mujeres y un 18.7% de los hombres se encontraban desempleados por el momento, del resto un 19.3% de las mujeres y un 33.7% dijeron desempeñarse como empleados, lo que incluye actividades como cajeros, cargadores, empleado en algún negocio, etc. El 31% de las mujeres dijo desempeñarse como amas de casa. El ingreso mensual que recibieron fue también diferente entre ellos, ya que las mujeres presentan una media de \$ 3,874.27 ($DE=6912.53$) mientras los hombres de \$ 6,426.67 ($DE=7339.85$), lo que denota que los hombres reciben mayores ingresos mensuales en comparación con las mujeres (Tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas de la población

Variable		<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Edad	M	18	35	25.52	25	4.810	-3.42	.001
	H	18	35	26.89	26	3.980		
Escolaridad	M	2	21	13.85	14	3.840	-.656	.512
	H	0	23	14.06	14	3.980		
Ingreso mensual	M	0	80,000	3,874	1,200	6,912	-6.92	.001
	H	0	60,000	6,426	5,000	7,339		

Nota: M= Mujer; H= Hombre; *Mín*= Mínimo; *Máx*= Máximo; *M*= media; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *U*= U de Mann-Whitney; *n*= 600

En relación a la religión, predominó la católica, ya que el 92% de las mujeres y un 90.7% de los hombres profesaban esta religión al momento del estudio. Al preguntar sobre si percibían que su religión interfería en su decisión para usar MPF, el 83.3% de

las mujeres y un 89% de los hombres respondieron que su religión no interfiere en nada en dicha decisión, se observa que las mujeres tienen más e esta percepción de interferencia a diferencia de los hombres ($U = -1.998, p = .046$) ir a Tabla 2.

Tabla 2

Percepción de interferencia de la religión profesada en el uso de MPF

Religión	Mujeres		Hombres	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Católica	273	92.0	272	90.7
Cristiana	13	4.3	7	2.3
Atea	80	2.7	18	6.0
Interferencia				
Nada	250	83.3	267	89.0
Poca	43	14.3	28	9.3
Mucha	7	2.3	5	1.7

Nota: M= Mujer; H= Hombre; *f*= frecuencia; *n*= 600

Descripción de la conducta anticonceptiva.

En este apartado se describe la historia de los participantes en relación al uso previo MPF y el uso actual de los mismos. En primer lugar en la Tabla 3 se muestra que el 67% de las mujeres reportó que no habían usado previamente algún MPF, seguido de un 22.3% que informó que usó el condón masculino y un 5% los hormonales orales. Respecto a los hombres un 63.7% no reportó uso previo de MPF, sin embargo, un 33.3% también dijo haber usado el condón masculino (Tabla 3).

Tabla 3

Uso previo de MPF

MPF	Mujeres		Hombres	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%

No uso previamente de MPF	201	67.0	191	63.7
Condón masculino	67	22.3	100	33.3
Condón femenino	3	1.0	1	0.3
Implante subdérmico	4	1.3	0	0.0
DIU	5	1.9	3	1.0
Hormonales inyectables	1	0.3	1	0.3
Hormonales orales	15	5.0	2	0.6
Parche	2	0.7	1	0.3
Ritmo	2	0.7	1	0.3

Nota: DIU = Dispositivo intrauterino; *f*= frecuencia; *n*=600

Para describir la conducta anticonceptiva actual, además de preguntar sobre el uso actual de MPF, también se indagó sobre el número de hijos y su deseo de tener más en un futuro. Además a los participantes que refirieron no usar actualmente MPF, se les preguntó sobre su intención o no de usarlos próximamente y de ser así cual sería el MPF de su elección.

En relación al uso actual de MPF, el 22.7% de las mujeres reportó no estar haciendo uso de MPF, mientras que el 31.3% dijo que estaba usando el condón masculino, seguido de 15.3% el DIU y el 13.7% el implante subdérmico. Respecto a los hombres el 31% reportó no usar MPF actualmente, y quienes usaban, en un 56% prefieren el condón masculino, seguido del DIU en un 6% y del implante subdérmico en un 2.7% (Tabla 4).

Tabla 4

Uso actual de MPF

MPF	Mujeres		Hombres	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
No usa actualmente	68	22.7	93	31

Condón masculino	94	31.3	168	56
Condón femenino	11	3.7	1	0.3
Implante subdérmico	41	13.7	8	2.7
DIU	46	15.3	18	6.0
Hormonales inyectables	6	2.0	2	0.6
Hormonales orales	21	7.0	5	1.7
Coito interrumpido	0	0.0	1	0.3
Parche	7	2.3	2	0.7
Ritmo	5	1.7	3	1.0

Nota: DIU = Dispositivo intrauterino; f = frecuencia; $n=600$

En la tabla 5, se muestra como el 32.8% de las parejas que no tuvieron experiencia previa con el uso de MPF continúan sin hacerlo actualmente, sin embargo, el 67.2% se mantuvo haciendo uso de ellos hasta este momento. En relación a quienes sí hicieron uso previo de MPF, 84.1% continúan usándolos actualmente, pero el 15.9 % de ellos abandonó esta conducta, estos datos muestran una diferencia importante entre quienes usaron y no MPF previamente y quienes continúan usándolos o dejaron de hacerlo ($X^2= 176.217, p< .001$).

Tabla 5

Tabla de contingencia del uso previo y uso actual de MPF

Uso previo de MPF		Uso actual de MPF	
		No usa actualmente MPF	Usa actualmente MPF
No	f	105.0	285.0
	%	32.8	67.2
Si	f	56.0	152.0
	%	15.9	84.1

Nota: f = frecuencia; $n= 600$

En el siguiente análisis se presenta diferencias por género. La tabla 6 muestra que de las mujeres que no hicieron uso de MPF en el pasado el 27.1% de ellas continúan sin usarlos ahora y de quienes refirieron haber hecho uso previo de MPF el 14.1% ya no lo hacen actualmente ($X^2= 106.289, p< .001$). En relación a los hombres que no tuvieron antecedentes de uso de MPF el 38.7% sigue sin usarlos actualmente y el 17.4% de quienes lo hacían dejaron de usarlos en este momento ($X^2= 69.184, p< .001$).

Tabla 6

Tabla de contingencia del uso previo y uso actual de MPF por género

Uso previo de MPF		Uso actual de MPF			
		No usa actualmente MPF		Usa actualmente MPF	
		Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
No	<i>f</i>	45.4	59.2	153.6	131.8
	%	27.1	38.7	72.9	61.3
Si	<i>f</i>	22.6	33.8	76.4	75.2
	%	14.1	17.4	85.9	82.6

Nota: *f*= frecuencia; *n*= 600

En cuanto al uso actual de MPF y el estado civil de los participantes, el 54.4% de las mujeres casadas no usan actualmente MPF, porcentaje que supera el de los hombres casados y las parejas en unión libre. Sin embargo, en un porcentaje mayor el 59.9% de los hombres y el 59.6% de las mujeres en unión libre usan algún MPF actualmente, siendo superior a lo reportado por quienes se encuentran casados (Tabla 7). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas entre mujeres ($X^2= 4.16, p= .041$) y hombres ($X^2= 4.85, p= .033$).

Tabla 7

Tabla de contingencia del uso actual de MPF y el estado civil por género

Uso actual MPF	Estado civil
----------------	--------------

		Casado		Unión libre	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
No usa actualmente MPF	<i>f</i>	29.7	41.2	38.3	51.8
	%	54.4	53.8	45.6	46.2
Usa actualmente MPF	<i>f</i>	100.3	91.8	129.7	115.2
	%	40.4	40.1	59.6	59.9

Nota: *f*= frecuencia; *n*= 600

El 23.8% de las mujeres desempleadas no usan actualmente MPF, mientras el 30% de ellas si lo hace, porcentajes superiores en comparación a los hombres también desempleados. Sin embargo, es mayor el porcentaje hombres que teniendo algún empleo y usan algún MPF (76.1%), así como el de quienes no los usan actualmente (86%). Es interesante señalar que solo hubo diferencia significativa solo entre los hombres empleados y desempleados que actualmente usan MPF ($X^2= 7.127$, $p= .008$) y no así para las mujeres ($X^2= 2.00$, $p= .156$), ver tabla 8.

Tabla 8

Tabla de contingencia del uso actual de MPF y ocupación por género

		Ocupación			
Uso actual MPF		Desempleado		Empleado	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
No usa actualmente MPF	<i>f</i>	18.2	17.8	44.8	68.2
	%	23.8	14.0	76.2	86.0
Usa actualmente MPF	<i>f</i>	60.8	38.2	150.2	145.8
	%	30.3	23.9	69.7	76.1

Nota: *f*= frecuencia; *n*= 600

En cuanto al número de hijos que la pareja reportó, oscilaron entre uno a cinco hijos hasta el momento del estudio ($M= 1.03$, $DE=1.13$). Un 28.3% de las mujeres

externó que tenía un hijo, seguido de un 19.3% que tenía hasta dos hijos. En el caso de los hombres el 29% manifestó tener un hijo, seguido de un 18.3% que dijo tener dos hijos. Cabe mencionar que tanto hombres como mujeres expresaron en un 42% que no tenía ningún hijo al momento del estudio.

Respecto a su deseo de tener más hijos, se observó que un 55.7% de las mujeres dijeron que si es su deseo tener más hijos, contrario a un 44.3% que dijeron que no. Por su parte 59.7% de los hombres expresaron éste deseo, a diferencia del 40.3% que dijeron que no lo era. Quienes no deseaban tener más hijos dijeron como principales razones; no sentirse en condiciones de tiempo y económicas para criar un hijo, así como el deseo de disfrutar más tiempo solos con la pareja. Otros más, manifestaron tener la percepción de paridad satisfecha.

Por otro lado, al preguntar sobre la intención de usar en un futuro próximo algún MPF a los 161 participantes que actualmente no usaban, el 17.7% de las mujeres y 23.7% de los hombres expresaron que no es su intención usarlos y aunque la mayoría no expresó la razón de esta decisión, quienes lo hicieron expresaron motivos como el miedo a los efectos secundarios de algunos MPF, la incomodidad que representa para su uso o al reducir el grado de placer en la relación sexual, el deseo de tener más hijos y la percepción de que al ser la pareja quien los usa, no tiene por tanto la necesidad de hacerlo de manera personal. En la tabla 9, se muestran también los principales MPF que los participantes que refirieron la intención de usarlos preferirían.

Tabla 9

Intención de uso de Métodos de Planificación Familiar

Intención	Mujeres		Hombres	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
No tiene intención	52	17.7	71	23.7
Condón masculino	7	2.3	12	4
DIU	6	2	2	0.7

Coito Interrumpido	0	0	4	1.3
--------------------	---	---	---	-----

Nota: DIU = Dispositivo intrauterino; f = frecuencia; $n=161$

En la tabla 10, se muestran las diferencias encontradas en mujeres y hombres respecto a la actitud anticonceptiva, los beneficios percibidos de la CAP, las barreras percibidas para la CAP, la autoeficacia para la CAP, las influencias interpersonales para la CAP y la conducta anticonceptiva de la pareja. Se puede observar que existe una diferencia estadísticamente significativa entre mujeres ($M= 57.08$, $Mdn= 60$, $DE=19.10$) y hombres ($M= 61.11$, $Mdn= 66.66$, $DE=20.58$), lo que significa que ellos presentan una CAP más favorable en comparación con las mujeres ($U= -2.70$, $p= .007$).

Tabla 10

Descripción de las variables por género

Variable		<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>Mdn.</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Actitud anticonceptiva	M	3.13	83.59	30.27	30.46	14.06	-1.80	.071
	H	3.13	83.59	32.27	32.42	14.32		
Beneficios percibidos CAP	M	12.50	100	82.58	75	16.12	-.43	.665
	H	25	100	82	75	16.70		
Barreras percibidas CAP	M	0	100	44.33	43.75	26.11	-.08	.932
	H	0	100	43.79	37.50	25.11		
Autoeficacia para la CAP	M	1.47	100	69.28	71.32	16.94	-.45	.651
	H	1.47	100	68.78	70.58	16.59		
Influencias interpersonales	M	7.99	100	68.32	71.18	17.11	-.29	.770
	H	7.99	100	68.44	69.27	16.73		

Conducta								
anticonceptiva	M	13.33	100	57.08	60	19.10	-2.70	.007
	H	20	100	61.11	66.66	20.58		

Nota: CAP= Conducta anticonceptiva de la pareja; M= Mujer; H= Hombre;

Mín= Mínimo; *Máx*= Máximo; *M*= media; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar;

U= U de Mann-Whitney; *n*= 600

Consistencia interna de los instrumentos.

A continuación, en la tabla 11 se muestra de cada uno de los instrumentos aplicados, el número de ítems total y por subescalas, como en el caso de la Escala de provisión social adaptada a la anticoncepción moderna, así como las opciones de respuesta que ofrece cada cual y finalmente su consistencia interna, considerada como aceptable al ser mayor de $\alpha = .70$. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de actitud anticonceptiva, Escala de beneficios y barreras para la anticoncepción moderna, Escala de autoeficacia anticonceptiva, Escala de provisión social adaptada para la anticoncepción moderna y la Escala de conducta anticonceptiva.

De ellas, el alfa de Cronbach más alta fue para la Escala de provisión social adaptada a la anticoncepción moderna ($\alpha = .979$) y sus subescalas de apoyo familiar ($\alpha = .979$), apoyo de pareja ($\alpha = .963$) y apoyo del proveedor de salud ($\alpha = .968$), mientras las más bajas fueron para la escala de conducta anticonceptiva ($\alpha = .731$) y la escala de beneficios percibidos ($\alpha = .760$)

Tabla 11

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Ítems	Opciones de respuesta	α
Escala de actitud anticonceptiva	32	1 a 5	.904
Escala de beneficios percibidos	2	1 a 5	.760

Escala de barreras percibidos	4	1 a 5	.817
Escala de autoeficacia anticonceptiva	17	1 a 5	.840
Escala de provisión social adaptada para la anticoncepción (3 subescalas)	72	1 a 5	.979
Subescala apoyo familiar	24	1 a 5	.979
Subescala apoyo de pareja	24	1 a 5	.963
Subescala apoyo del proveedor de salud	24	1 a 5	.968
Escala de conducta anticonceptiva	5	1 a 4	.731

Nota: α = Alpha de Cronbach; $n=600$

Determinación de la normalidad de las variables.

Para establecer las pruebas bajo las cuales debían analizarse las variables fue necesario determinar la normalidad de las mismas, mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov calculada con corrección Lilliefors cuyos resultados se muestran en la tabla 12, además de la estadística descriptiva de las variables de edad, tiempo de relación de pareja, número de hijos, escolaridad, ingreso mensual, actitud anticonceptiva, beneficios percibidos de la CAP, barreras percibidas para la CAP, autoeficacia para la CAP, influencias interpersonales para la CAP y la conducta anticonceptiva de la pareja. No se obtuvo distribución normal de las variables.

Tabla 12

Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov^a

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad	26.21	4.92	18	35	.105	.001
Tiempo de relación	5.25	4.49	0	20	.182	.001
Número de Hijos	1.02	1.13	0	5	.237	.001
Escolaridad	13.96	3.91	0	23	.101	.001

Ingreso mensual	5,150	7,237	0	80,000	.238	.001
Actitud anticonceptiva	31.27	14.21	3.13	83.59	.042	.014
Beneficios percibidos de la CAP	82.29	16.40	12.50	100	.198	.001
Barreras percibidas para la CAP	44.06	25.60	0	100	.105	.001
Autoeficacia para la CAP	69.03	16.75	1.47	100	.090	.001
Influencias interpersonales para la CAP	68.38	16.91	7.99	100	.059	.001
CAP	59.1	19.94	13.33	100	.133	.001

Nota: CAP= conducta anticonceptiva de la pareja; *M*= Media, *DE*= Desviación estándar, *Min*= mínimo, *Max*= máximo, *D^a* = Prueba de normalidad con corrección Lilliefors; *n*= 600

Estadística inferencial

A continuación se presentan la estadística inferencial calculada. Se realizaron pruebas de correlación de Spearman, así como modelos de regresión según la intención de cada uno de los objetivos, por lo que se calcularon regresiones lineales univariadas y multivariadas. Considerando que la mayoría de las variables no presentaron distribución normal se empleó la técnica de *bootstrap* para confirmar el resultado de las regresiones y representar el modelo estadístico final.

La tabla 13, muestra que la experiencia previa (uso previo de MPF) presentó una relación directa baja proporcional con la escolaridad ($r_s = .286, p < .001$) e inversamente proporcional con el tiempo de relación de pareja ($r_s = -.227, p < .001$) y el número de hijos ($r_s = -.237, p < .001$), lo que significa que a mayor escolaridad del participante, menos tiempo de relación de pareja y menor número de hijos, el uso previo de MPF es mayor. En relación a los factores personales, se observó una relación estadísticamente significativa moderada y directamente proporcional de la edad con el tiempo de relación de pareja ($r_s = .565, p < .001$), el número de hijos ($r_s = .492, p < .001$) y el ingreso

mensual ($r_s = .430$, $p < .001$), lo que significa que a mayor edad más años de relación de pareja, más número de hijos y mayor ingreso mensual.

Esta misma relación se dio entre el tiempo de relación de pareja y el número de hijos ($r_s = .573$, $p < .001$), es decir que entre más años de relación de pareja, mayor es el número de hijos. La escolaridad presentó una relación estadísticamente significativa baja e inversamente proporcional con número de hijos ($r_s = -.378$, $p < .001$), es decir que a más años de escolaridad fue menor el número de hijos de la pareja. Finalmente la CAP tuvo una relación estadísticamente significativa baja y directamente proporcional con el ingreso mensual, lo que significa que a mayor ingreso, mejor es la CAP ($r_s = .112$, $p < .001$).

Tabla 13

Correlación de Spearman para experiencia previa y factores personales con la CAP

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Uso previo de MPF	1.000								
2. Actitud anticonceptiva	.008	1.000							
3. Edad	-.183**	-.008	1.000						
4. Tiempo de relación de pareja	-.227**	-.048	.565**	1.000					
5. Número de hijos	-.237**	.097*	.492**	.573**	1.000				
6. Escolaridad	.286**	-.139**	-.134**	-.188**	-.378**	1.000			
7. Religión	.089*	-.022	-.014	-.008	-.038	-.028	1.000		
8. Ingreso mensual	.010	.039	.430**	.222**	.143**	.146**	-.119**	1.000	

9. CAP	.054	.052	.073	-.021	.007	.018	-.026	.112**	1.000
--------	------	------	------	-------	------	------	-------	--------	-------

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$; CAP= conducta anticonceptiva de la pareja, $n = 600$

En la siguiente tabla, el uso previo de MPF no tuvo relación con las demás variables, sin embargo de los factores personales, la actitud anticonceptiva tuvo una relación estadísticamente significativa moderada e inversamente proporcional con los beneficios percibidos de la CAP ($r_s = -.462$, $p < .001$) y fuerte con la autoeficacia para la CAP ($r_s = -.613$, $p < .001$), ello se interpreta de acuerdo a la manera de evaluar la escala de actitud anticonceptiva, que entre mayor actitud anticonceptiva positiva, mayor es la percepción de beneficios de la CAP y la autoeficacia para la CAP. Por otro lado, la escolaridad tuvo una relación baja estadísticamente significativa baja y directamente proporcional con la autoeficacia para la CAP ($r_s = .240$, $p < .001$) y mínima e inversamente proporcional con las barreras percibidas para la CAP ($r_s = -.188$, $p < .001$), ello significa que a más años de escolaridad mejor fue la autoeficacia para la CAP y menor la percepción de barreras para la CAP de la pareja (Tabla 14)

Tabla 14

Correlación de Spearman del uso previo de MPF y factores personales con beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para la CAP

Variable	Beneficios percibidos de la CAP	Barreras percibidas para la CAP	Autoeficacia para la CAP
Uso previo de MPF	-.015	-.031	.024
Actitud anticonceptiva	-.462**	-.060	-.613**
Edad	.009	.062	-.025
Tiempo de relación de pareja	-.002	.076	.000
Número de hijos	-.022	.082*	-.157**
Escolaridad	.117**	.188**	.240**

Religión	-.071	.018	-.001
Ingreso mensual	.002	.048	-.025

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$; CAP= conducta anticonceptiva de la pareja; $n = 600$

En la tabla 15 la experiencia previa no presentó relación con el resto de las variables, pero si los factores personales donde la actitud anticonceptiva mostró una relación estadísticamente significativa baja e inversamente proporcional entre la actitud anticonceptiva y las influencias interpersonales para la CAP ($r_s = -.339$, $p < .001$), sin embargo, específicamente con el apoyo percibido de la pareja mostró una relación moderada ($r_s = -.441$, $p < .001$), por lo que se infiere que cuando hay un apoyo alto de la familia, los proveedores de salud y en especial de la pareja, mayor actitud anticonceptiva positiva. También la escolaridad mostró una relación estadísticamente significativa mínima, pero directamente proporcional con las influencias interpersonales ($r_s = .199$, $p < .001$), y baja específicamente con el apoyo de los proveedores de salud ($r_s = .214$, $p < .001$).

Tabla 15

Correlación de Spearman experiencia previa y factores personales e influencias interpersonales para la CAP

Variable	Influencias interpersonales para la CAP	Apoyo Familiar	Apoyo de Pareja	Apoyo del Proveedor de salud
Uso previo de MPF	.005	-.041	-.022	.076
Actitud anticonceptiva	-.339**	-.264**	-.441**	-.238**
Edad	.023	.075	.000	-.036
Tiempo de relación	.058	.084*	.064	.003
Número de Hijos	-.078	-.004	-.067	-.134**

Escolaridad	.199**	.136**	.135**	.214**
Religión	.058	.032	-.003	.106**
Ingreso mensual	.001	.022	.055	-.062

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$; CAP= conducta anticonceptiva de la pareja, $n = 600$

La tabla muestra las correlaciones entre los beneficios percibidos, las barreras percibidas y la autoeficacia para la CAP y la CAP, donde se observó una relación estadísticamente significativa moderada y directamente proporcional de la autoeficacia para la CAP ($r_s = .418$, $p < .001$) y mínima e inversamente proporcional con las barreras percibidas para la CAP ($r_s = -.099$, $p < .05$) con los beneficios percibidos de la CAP, ello sugiere que a mayores beneficios percibidos para la CAP mayor fue la autoeficacia para la CAP y menor la percepción de barreras para la CAP. La CAP no mostro relación con ninguna del resto de las variables.

Tabla 16

Correlación de Spearman entre beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para la CAP con la CAP

Variable	Beneficios percibidos de la CAP	Barreras percibidas de la CAP	Autoeficacia para la CAP	CAP
Beneficios percibidos de la CAP	1.000			
Barreras percibidas de la CAP	-.099*	1.000		
Autoeficacia para la CAP	.418**	-.046	1.000	
CAP	.024	-.032	.026	1.000

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$; CAP= conducta anticonceptiva de la pareja, $n = 600$

Así mismo, entre las influencias interpersonales, donde se incluyeron el apoyo familiar, de la pareja y de los proveedores de salud con la CAP, no se observó relación alguna (Tabla 17)

Tabla 17

Correlación de Spearman de las influencias interpersonales con la CAP

Variable	CAP
Influencias interpersonales para la CAP	-.047
Apoyo Familiar	-.021
Apoyo de Pareja	-.036
Apoyo del proveedor de Salud	-.078

Nota: CAP= conducta anticonceptiva de la pareja; $n= 600$

Para continuar con el análisis del modelo explicativo de la conducta anticonceptiva de la pareja, se establecieron modelos de regresión lineal, tomando como variables dependientes los beneficios percibido de la CAP, las barreras para la CAP, autoeficacia para la CAP, las influencias interpersonales para la CAP que incluyen la familia, la pareja y los proveedores de salud y la conducta anticonceptiva según el planteamiento de cada objetivo.

En respuesta al segundo objetivo que exploró si la experiencia previa (uso previo de MPF) y los factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingreso mensual, tiempo de relación, número de hijos vivos) influyen sobre la CAP, se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple univariado, tomando como variables independientes el uso previo de MPF, la edad, el género, la actitud anticonceptiva, la escolaridad, el estado civil, la religión, la ocupación, el ingreso mensual, el tiempo de relación y el número de hijos y como variable dependiente la CAP (Tabla 18). Los resultados iniciales calculados para el modelo incluyeron todas las variables antes mencionadas, sin embargo, aunque se explica el 2.1 de la varianza este no resultó significativo ($F_{[11,589]}= 1.250, p=.25$), siendo necesario aplicar la técnica de pasos hacia atrás (*backward*) para ajustar el modelo de regresión.

Tabla 18

Modelo de regresión de la experiencia previa en el uso de MPF y los factores personales con la CAP (modelo 1)

Modelo 1	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	46.997	8.667		.001
Uso previo de MPF	.885	.700	.055	.207
Edad	.330	.238	.081	.167
Género	3.341	1.680	.084	.047
Actitud anticonceptiva	.054	.059	.038	.362
Escolaridad	-.052	.240	-.010	.830
Estado civil	-1.280	2.148	-.032	.552
Religión	.951	1.983	.020	.632
Ocupación	-.095	.225	-.020	.675
Ingreso mensual	9.983	.000	.036	.455
Tiempo de relación	-.014	.256	-.003	.957
Número de Hijos	-1.407	1.040	-.080	.176

Nota: Variable dependiente= conducta anticonceptiva de la pareja; B= beta, SE= Error estándar, Beta= valor de beta, $n=600$

Para el ajuste del modelo 2, se incluyeron como variables independientes el uso previo de MPF, la edad, el género, la actitud anticonceptiva y el número de hijos y como variable dependiente la CAP, resultando un modelo adecuado que explicó 2.1% de la varianza ($F_{[5,594]} = 2.531, p = .028$) y donde se observó que el género ($p = .044$) tiene un efecto positivo sobre la CAP y que por cada año de edad, la CAP aumenta .389 haciéndola favorable (Tabla 19).

Tabla 19

Modelo de regresión de la experiencia previa en el uso de MPF y los factores personales con la CAP (modelo 2)

Modelo 2	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	42.571	5.480		.001
Uso previo de MPF	.907	.670	.056	.177
Edad	.389	.195	.096	.046
Género	3.321	1.647	.083	.044
Actitud anticonceptiva	.058	.058	.041	.320
Número de Hijos	-1.206	.847	-.069	.155

Nota: Variable dependiente= conducta anticonceptiva de la pareja; *B*= beta, *SE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, *n*=600

Con la finalidad de comprobar dicha asociación entre las variables se aplicó *bootstrap*, resultando un modelo adecuado que explicó el 1.3% de la varianza ($F_{[2,597]} = 3.788, p = .023$). Nuevamente el género de los participantes favorece la CAP, así como la edad, para la cual por cada año de ésta, aumenta 4.02 la CAP (Tabla 20).

Tabla 20

Modelo de regresión de factores personales con la CAP mediante Bootstrap

Modelo	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				Inferior	Superior
(Constante)	48.282	4.770	.002	39.177	58.376
Edad	4.02	1.550	.010	1.068	7.008
Género	3.75	1.650	.022	.525	6.970

Nota: Variable dependiente= conducta anticonceptiva de la pareja; *B*= beta, *SE*= Error estándar, *IC*= intervalo de confianza; *n*=600.

El tercer objetivo determinó si la experiencia previa (uso previo de MPF) y los factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación, número de hijos vivos)

influyen sobre la percepción de barreras, beneficios y autoeficacia para la CAP. Para evaluar el efecto de dichas relaciones se hizo ajuste para tres modelos de regresión lineal múltiple, donde se tomaron como variables independientes el uso previo de MPF, la edad, el género, la actitud anticonceptiva, la escolaridad, el estado civil, la religión, la ocupación, el ingreso mensual, el tiempo de relación y el número de hijos y como variables dependientes los beneficios percibidos de la CAP, las barreras percibidas para la CAP y la autoeficacia para la CAP.

El primero modelo se ajustó tomando como variables independientes el uso previo de MPD, la edad, el género, la actitud anticonceptiva, la escolaridad, el estado civil, la religión, la ocupación, el ingreso mensual, el tiempo de relación y el número de hijos vivos y como variables dependiente los beneficios percibidos de la CAP. El modelo explicó un 22% de la varianza ($F_{[11,588]} = 15.123, p < .001$) y encontró asociación entre los beneficios percibidos y la actitud anticonceptiva ($p < .001$) y la religión ($p = .008$). Por lo que se concluye que a por cada punto menos que indica mayor actitud anticonceptiva positiva, aumenta .509 la percepción de beneficios de la CAP y entre mayor es la percepción de influencia de la religión profesada para el uso de MPF, disminuye 3.864 la percepción de beneficios percibidos de la CAP (Tablas 21).

Tabla 21

Modelo de regresión de experiencia previa y factores personales con los beneficios percibidos de la CAP.

Modelo 1	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	94.173	6.368		.001
Uso previo de MPF	-.494	.514	-.037	.337
Edad	.102	.175	.031	.562
Género	.578	1.235	.018	.640
Actitud anticonceptiva	-.509	.043	-.441	.001
Escolaridad	.316	.177	.075	.074

Estado civil	-.798	1.579	-.024	.613
Religión	-3.864	1.457	-.098	.008
Ocupación	-.286	.165	-.073	.084
Ingreso mensual	-8.022	.000	-.035	.414
Tiempo de relación	-.065	.188	-.018	.731
Número de Hijos	.440	.764	.030	.565

Nota: Variable dependiente= Beneficios percibidos de la CAP; *B*=beta; *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta; *n*=600.

Mediante *bootstrap* se corroboró dicha asociación con un modelo que explicó 20% de la varianza ($F_{[2,597]} = 78.815$, $p < .001$), se encuentre asociación de la actitud anticonceptiva y la religión sobre los beneficios percibidos de la CAP, es decir por cada punto favorable de actitud anticonceptiva, aumenta .516 la percepción de beneficios para la CAP y por cada punto en la percepción de influencia de la religión para el uso de MPF, disminuye 3.801 la percepción de beneficios percibidos de la CAP (Tablas 22).

Tabla 22

Modelo de regresión de actitud anticonceptiva y religión con los beneficios percibidos de la CAP mediante Bootstrap

Modelo 1	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				Inferior	Superior
(Constante)	99.018	1.350	.002	96.276	101.609
Actitud anticonceptiva	-.516	.045	.002	-.601	-.426
Religión	-3.801	1.602	.017	-7.138	-.851

Nota: Variable dependiente= Beneficios percibidos de la CAP; *B*= beta, *SE*= Error estándar, *IC*= intervalo de confianza, *n*=600.

El segundo modelo se ajustó tomando como variables independientes el uso previo de MPF, la edad, el género, la actitud anticonceptiva, la escolaridad, el estado civil, la religión, la ocupación, el ingreso mensual, el tiempo de relación y el número de hijos y como variables dependiente las barreras percibidas para la CAP. El modelo explicó el 6.6% de la varianza ($F_{[11,588]}= 3.765, p< .001$), resultando asociación de las barreras percibidas para la CAP con la actitud anticonceptiva ($p< .001$) y la escolaridad ($p< .001$). Concluyendo por cada punto favorable de actitud anticonceptiva, disminuye .297 la percepción de barreras para la CAP, al igual que por cada año de escolaridad disminuye 1.308 dichas percepciones (Tablas 23).

Tabla 23

Modelo de regresión de la experiencia previa y factores personales con las barreras percibidas para la CAP

Modelo 2	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	59.063	10.880		.001
Uso previo de MPF.	-.033	.879	-.002	.970
Edad	.106	.299	.020	.723
Género	-.724	2.110	-.014	.732
Actitud anticonceptiva	-.297	.074	-.165	.001
Escolaridad	-1.308	.302	-.200	.001
Estado civil	4.646	2.697	.090	.085
Religión	1.177	2.490	.019	.637
Ocupación	.281	.283	.046	.320
Ingreso	.000	.000	.071	.134
Tiempo de relación	.020	.322	.004	.950
Número de Hijos	.737	1.305	.033	.573

Nota: Variable dependiente: Barreras percibidas para la CAP; *B*=b, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta, *n*=600

Mediante el *bootstrap* el modelo explicó 5.3% de la varianza ($F_{[2,597]} = 16.833$, $p < .001$) y reiteró que por cada punto favorable de actitud anticonceptiva, disminuye -.301 la percepción de barreras para la CAP y que por cada año de escolaridad disminuye -1.216 dicha percepción de barreras percibidas para la CAP (Tablas 24).

Tabla 24

Modelo de regresión de factores personales con las barreras percibidas para la CAP con Bootstrap.

Modelo 2	<i>Bootstrap</i>			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>
				Inferior Superior
(Constante)	70.450	5.002	.002	60.071 79.784
Actitud anticonceptiva	-.301	.081	.002	- .456 -.136
Escolaridad	-1.216	.257	.002	-1.709 -.723

Nota: Variable dependiente: Barreras percibidas para la CAP; *B*= beta, *SE*= Error estándar, *IC*= intervalo de confianza, $n=600$.

En el tercer modelo se introdujeron como variables independientes el uso previo de MPF y los factores personales (la edad, el género, la actitud anticonceptiva, la escolaridad, el estado civil, la religión, la ocupación, el ingreso mensual, el tiempo de relación y el número de hijos) y como variables dependiente la autoeficacia para la CAP. Los resultados mostraron que con este modelo se explica un 43.7% de la varianza ($F_{[11,588]} = 41.566$, $p < .001$) y asociación de la autoeficacia para la CAP con la actitud anticonceptiva ($p = .001$), la escolaridad ($p < .001$), el estado civil ($p = .027$), la ocupación ($p = .016$) y el tiempo de relación ($p = .016$). De ello se infiere que por cada punto favorable de actitud anticonceptiva aumenta .693 puntos la autoeficacia para la CAP, lo mismo sucede con la escolaridad y el tiempo de relación de pareja, para los cuales por

cada año, aumenta la autoeficacia .706 y .393 respectivamente. El estar casado o unión libre tienen efecto positivo sobre la variable dependiente, sin embargo, la ocupación tiene un efecto negativo sobre la autoeficacia para la CAP (Tablas 25).

Tabla 25

Modelo de regresión de experiencia previa y factores personales con la autoeficacia para la CAP

Modelo 3	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	72.376	5.525		.001
Uso previo de MPF	-.020	.446	-.001	.965
Edad	.082	.152	.024	.588
Sexo	.980	1.071	.029	.361
Actitud anticonceptiva	-.693	.038	-.588	.001
Escolaridad	.706	.153	.165	.001
Estado civil	3.036	1.370	.090	.027
Religión	-.322	1.264	-.008	.799
Ocupación	-.348	.144	-.087	.016
Ingreso mensual	2.712	.000	.012	.750
Tiempo de relación	.395	.163	.106	.016
Número de Hijos	-.423	.663	-.029	.524

Nota: Variable dependiente: autoeficacia para la CAP; *B*=beta, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta, *n*=600.

Para comprobar dichas asociaciones, el modelo se sometió a *bootstrap* resultando que explicaba 43.6% de la varianza ($F_{[5,934]}= 91.654, p < .001$) y mostrando asociación entre las variables resultantes, de tal manera que se interpreta infiere que por cada punto favorable de actitud anticonceptiva aumenta .693 la autoeficacia para la CAP, lo mismo sucede con la escolaridad y el tiempo de relación de pareja, para los cuales por cada año, aumenta la autoeficacia .750 y .391 respectivamente. El estar casado o unión libre tienen

efecto positivo sobre la variable dependiente, contrario a la ocupación que presenta un efecto negativo sobre la autoeficacia para la CAP (Tabla 26).

Tabla 26

Modelo de regresión de actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, ocupación y tiempo de relación de pareja con la autoeficacia para la CAP mediante Bootstrap

Modelo 3	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				Inferior	Superior
(Constante)	74.655	4.118	.002	66.344	82.473
Actitud anticonceptiva	-.693	.044	.002	-.785	-.610
Escolaridad	.750	.147	.002	.454	1.049
Estado civil	3.109	1.295	.015	.657	5.607
Ocupación	-.284	.121	.028	-.503	-.018
Tiempo de relación	.391	.137	.007	.137	.657

Nota: Variable dependiente: autoeficacia para la CAP; *B*= beta, *SE*= Error estándar, IC= intervalo de confianza, n=600.

El cuarto objetivo analizó cómo influyen la experiencia previa en el uso de MPF y los factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación y número de hijos vivos) sobre las influencias interpersonales percibidas (apoyo familiar, de pareja y personal de salud) para la CAP. Para examinar las asociaciones de las variables se hizo ajuste para cuatro modelos de regresión lineal múltiple multivariada, tomando como variables independientes el uso previo de MPF, la edad, el género, la actitud anticonceptiva, la escolaridad, el estado civil, la religión, la ocupación, el ingreso mensual, el tiempo de relación y el número de hijos y como variables dependientes las influencias

interpersonales en general, el apoyo de la familia, el apoyo de pareja y el apoyo del proveedor de salud para la CAP.

Para el modelo 1, se tomaron para el ajuste variables independientes como el uso previo de MPD, la edad, el género, la actitud anticonceptiva, la escolaridad, el estado civil, la religión, la ocupación, el ingreso mensual, el tiempo de relación y el número de hijos y como variable dependiente las influencias interpersonales en general para la CAP. El modelo explica en un 17.8% la varianza ($F_{[11,588]}= 11.582, p< .001$) y mostró asociación de las influencias interpersonales con la actitud anticonceptiva ($p< .001$), escolaridad ($p< .001$), ingresos mensuales ($p= .037$) y tiempo de relación ($p= .014$). Se concluye que a mejor actitud anticonceptiva, mayores años de escolaridad, ingresos mensuales y tiempo de relación de pareja, mayores son las influencias interpersonales para la CAP (Tabla 27).

Tabla 27

Modelo de regresión de experiencia previa y factores personales con influencias interpersonales para la CAP

Modelo 1	<i>B</i>	<i>SE</i>	Beta	<i>p</i>
(Constante)	59.237	6.740		.001
Uso previo de MPF	-.090	.545	-.007	.869
Actitud anticonceptiva	-.371	.046	-.312	.001
Género	1.151	1.307	.034	.379
Edad	.200	.185	.058	.282
Ingreso mensual	.001	.001	-.093	.037
Tiempo de relación	.491	.199	.130	.014
Escolaridad	.895	.187	.207	.001
Estado civil	.810	1.671	.024	.628
Número de Hijos	-.874	.808	-.059	.280
Religión	.655	1.542	.016	.671

Ocupación	-.120	.175	-.030	.492
Tiempo de relación	.491	.199	2.465	.014
Número de hijos	-.874	.808	-1.081	.280

Nota: Variable dependiente: influencias interpersonales; *B*=beta, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta, *n*=600

Mediante el *bootstrap* se comprobaron las asociaciones sobre las variables arrojadas como significativas, resultando un modelo que explicó 17.2% de la varianza ($F_{[4,595]} = 31.005, p = .001$) y mostró asociación de las influencias interpersonales con la actitud anticonceptiva ($p < .002$), escolaridad ($p < .002$), ingresos mensuales ($p < .027$) y tiempo de relación ($p < .003$). Se concluyó que ante más favorable el puntaje de actitud anticonceptiva, aumentan .379 las influencias interpersonales. Por cada año de escolaridad y años de relación de pareja, así como mayores ingresos del participante, la percepción de influencias interpersonales aumentó .958 y .448 respectivamente (Tablas 28).

Tabla 28

Modelo de regresión de actitud anticonceptiva, escolaridad, ingreso mensual y tiempo de relación con las influencias interpersonales para la CAP mediante bootstrap

Modelo 1	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				Inferior	Superior
(Constante)	65.625	4.150	.002	58.029	73.829
Actitud anticonceptiva	-.379	.065	.002	-.507	-.251
Escolaridad	.958	.185	.002	.592	1.330
Ingreso mensual	.001	9.566	.027	.000	-2.477
Tiempo de relación	.448	.151	.003	.138	.716

Nota: Variable dependiente: influencias interpersonales; *B*= beta, *SE*= Error estándar, IC= intervalo de confianza, *n*=600.

Para el segundo modelo, como variables independientes se tomaron el uso previo de MPD, la edad, el género, la actitud anticonceptiva, la escolaridad, el estado civil, la religión, la ocupación, el ingreso mensual, el tiempo de relación y el número de hijos y como variable dependiente el apoyo familiar para la CAP. Se explicó el 9.4% de la varianza ($F_{[11,588]} = 5.550, p < .001$) y demostró asociación del apoyo familiar con la actitud anticonceptiva ($p < .001$), escolaridad ($p < .001$), ingresos mensuales ($p = .002$) y tiempo de relación ($p = .041$). Se concluyó que a mayor actitud anticonceptiva positiva, escolaridad, ingreso mensual y más años en la relación de pareja, mayor es la percepción del apoyo familiar (Tabla 29).

Tabla 29

Modelo de regresión de experiencia previa y factores personales con el apoyo familiar para la CAP

Modelo 2	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	39.260	10.390		.001
Uso previo de MPF	-.338	.839	-.017	.687
Edad	.431	.286	.085	.132
Género	1.824	2.015	.037	.366
Actitud anticonceptiva	-.314	.071	-.180	.001
Escolaridad	1.144	.288	.180	.001
Estado civil	1.292	2.576	.026	.616
Religión	1.459	2.378	.024	.540
Ocupación	.201	.270	.034	.456
Ingreso mensual	.000	.000	-.145	.002
Tiempo de relación	.629	.307	.114	.041
Número de Hijos	-.910	1.246	-.042	.465

Nota: Variable dependiente: apoyo familiar; *B*=beta, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta, *n*=600.

Para confirmar esta asociación se aplicó *bootstrap* resultando un modelo explico 8.5% de la varianza ($F_{[4,595]} = 13.881, p < .001$), también se observó asociación del apoyo familiar con la actitud anticonceptiva ($p = .002$), escolaridad ($p = .002$), ingresos mensuales ($p = .008$) y tiempo de relación ($p = .003$). Por lo anterior se infiere que por cada año de escolaridad y de relación de la pareja y entre mejor ingreso mensual, aumenta la percepción de apoyo familiar en 1.158, .762 y .001 respectivamente, eso mismo sucede con la actitud anticonceptiva al aumentar en .322 dicha percepción para la CAP (Tabla 30).

Tabla 30

Modelo de regresión de actitud anticonceptiva, escolaridad, ingreso mensual y tiempo de relación con el apoyo familiar para la CAP mediante Bootstrap

Modelo 2	<i>Bootstrap</i>			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>
				Inferior Superior
(Constante)	53.976	5.861	.002	41.819 64.904
Actitud anticonceptiva	-.322	.091	.002	-.504 -.125
Escolaridad	1.158	.258	.002	.665 1.710
Ingreso mensual	.001	.001	.008	-.001 -9.939
Tiempo de relación	.762	.213	.003	.319 1.183

Nota: Variable dependiente: apoyo familiar; *B*= beta, *SE*= Error estándar, *IC*= intervalo de confianza, *n*=600.

Para el ajuste del modelo 3, las variables independientes fueron el uso previo de MPF y factores personales (la edad, el género, la actitud anticonceptiva, la escolaridad, el estado civil, la religión, la ocupación, el ingreso mensual, el tiempo de relación y el

número de hijos vivos) y como variable dependiente el apoyo de pareja para la CAP.

Los resultados muestran que el modelo explica 22.9% la varianza

($F_{[11,588]} = 16.820, p < .001$) lo que permite observar asociación de apoyo de la pareja con la actitud anticonceptiva ($p < .001$), escolaridad ($p = .007$), y el tiempo de relación ($p = .003$). Se concluyó entre mejor actitud anticonceptiva, años de escolaridad y tiempo de relación, aumenta la percepción del apoyo de la pareja para la CAP (Tabla 31).

Tabla 31

Modelo de regresión de experiencia previa y factores personales con el apoyo de pareja para la CAP

Método 3	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	81.772	6.489		.001
Uso previo de MPF	-.321	.524	-.024	.541
Edad	-.108	.178	-.031	.547
Género	1.671	1.258	.049	.185
Actitud anticonceptiva	-.513	.044	-.431	.001
Escolaridad	.487	.180	.113	.007
Estado civil	1.091	1.609	.032	.498
Religión	-1.707	1.485	-.042	.251
Ocupación	-.133	.169	-.033	.430
Ingreso mensual	5.688	.000	.024	.570
Tiempo de relación	.567	.192	.150	.003
Número de Hijos	-.848	.778	-.057	.276

Nota: Variable dependiente: apoyo de pareja; *B*=beta, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta, *n*=600.

En la comprobación de estas asociaciones el modelo explicó 22.9%

($F_{[3,596]} = 59.082, p < .001$) y se observó efecto de la actitud anticonceptiva ($p < .001$), escolaridad ($p < .001$), y el tiempo de relación ($p = .017$) sobre la percepción del apoyo de

pareja. Se infiere que por cada año de escolaridad y tiempo de relación de pareja, aumenta .568 y .323 dicha percepción. También observó que a mejores puntajes de actitud anticonceptiva, aumenta .520 la percepción de este tipo de apoyo (Tabla 32).

Tabla 32

Modelo de regresión de actitud anticonceptiva, escolaridad y tiempo de relación con el apoyo pareja para la CAP mediante Bootstrap

Modelo 3	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				Inferior	Superior
(Constante)	81.803	3.671	.002	73.789	88.609
Actitud anticonceptiva	-.520	.058	.002	-.627	-.396
Escolaridad	.568	.171	.003	.229	.936
Tiempo de relación	.323	.140	.015	.043	.612

Nota: Variable dependiente: apoyo de pareja; *B*= beta, *SE*= Error estándar, *IC*= intervalo de confianza, *n*=600.

En el ajuste del modelo 4 las variables independientes fueron el uso previo de MPD, la edad, el género, la actitud anticonceptiva, la escolaridad, el estado civil, la religión, la ocupación, el ingreso mensual, el tiempo de relación y el número de hijos vivos y como variable dependiente el apoyo del proveedor de salud para la CAP. El modelo estimado explicó el 12.7% de la varianza ($F_{[11,588]} = 7.776, p < .001$) y muestran asociación del apoyo del proveedor de salud con la actitud anticonceptiva ($p < .001$), la escolaridad ($p < .001$) y la ocupación ($p < .001$), por ello se concluyó que a mejor actitud anticonceptiva, años de escolaridad y la ocupación del participante mejor es la percepción del apoyo del proveedor de salud (Tabla 33).

Tabla 33

Modelo de regresión de experiencia previa y factores personales con el apoyo de proveedor de salud para la CAP

Modelo 4	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	56.679	7.919		.001
Uso previo de MPF	.389	.640	.025	.543
Edad	.276	.218	.070	.206
Género	-.043	1.53	-.001	.978
Actitud anticonceptiva	-.286	.054	-.211	.001
Escolaridad	1.05	.220	.214	.001
Estado civil	.048	1.963	.001	.981
Religión	2.21	1.810	.048	.223
Ocupación	-.430	.206	-.094	.037
Ingreso mensual	.000	.000	-.080	.082
Tiempo de relación	.278	.234	.065	.235
Número de Hijos	-.863	.950	-.051	.364

Nota: Variable dependiente: apoyo del proveedor de salud; *B*=beta, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta, *n*=600.

En el cálculo del *bootstrap* el modelo explicó el 11.3% de la varianza ($F_{[4,596]} = 25.238, p < .001$) y solo mostró asociación entre actitud anticonceptiva ($p = .002$) y la escolaridad ($p = .002$) con la variable dependiente. Razón por la que se infiere que por cada año de estudio, aumenta 1.025 la percepción de apoyo por parte del proveedor de salud, así como a mejor puntaje en la actitud anticonceptiva, aumenta .301 dicha percepción para la CAP (Tabla 34).

Tabla 34

Modelo de regresión de actitud anticonceptiva, escolaridad y ocupación con el apoyo del proveedor de salud para la CAP mediante Bootstrap

Modelo 4	<i>Bootstrap</i>			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>
				Inferior Superior
(Constante)	65.426	4.402	.002	57.256 74.472
Actitud anticonceptiva	-.301	.071	.002	-.436 -.156
Escolaridad	1.025	.208	.002	.620 1.436
Ocupación	-.342	.201	.098	-.758 .054
Ingreso mensual	.000	.000	.156	.000 5.697

Nota: Variable dependiente: apoyo del proveedor de salud; *B*= b, *SE*= Error estándar, *IC*= intervalo de confianza, *n*=600.

En el objetivo cinco se analizó como beneficios percibidos de la CAP, las barreras percibidas para la CAP y autoeficacia la CAP influyen sobre la CAP. Sin embargo, el modelo no resultó significativo y solo explicó el 0.1% de la varianza ($F_{[3,596]} = .277, p = .842$), por lo tanto no se pudo observar ninguna asociación entre estas variables con la CAP (Tabla 35).

Tabla 35

Modelo de regresión los beneficios percibidos de la CAP, las barreras percibidas para la CAP y autoeficacia la CAP con la CAP

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	58.001	4.799		.000
Beneficios percibidos de la CAP	-.009	.055	-.007	.875
Barreras percibidas para la CAP	-.018	.032	-.024	.566
Autoeficacia para la CAP	.038	.054	.032	.480

Nota: Variable dependiente: conducta anticonceptiva; *B*=beta, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta, *n*=600.

En el sexto objetivo pretendía analizar como la autoeficacia para la CAP como variable independiente influye en la percepción de barreras para la CAP como variable dependiente, sin embargo, el modelo de regresión lineal univariado no explicó nada de la varianza (0%) por lo que no se consideró estadísticamente significativo ($F_{[1,598]} = .143, p = .706$) para determinar la asociación entre dichas variables para la CAP.

En el séptimo objetivo analizó como los beneficios percibidos de la CAP influye sobre la autoeficacia para la CAP. Se ajustó un modelo de regresión lineal univariado considerando variable independiente los beneficios percibidos de la CAP y como variable dependiente la autoeficacia para la CAP y el cual explicó 17.7% de la varianza ($F_{[1,598]} = 128.176, p < .001$) mostrando asociación entre estas variables y la cual fue corroborada mediante Bootstrap. Se concluye que por cada punto beneficios percibidos de la CAP, aumenta .429 la autoeficacia para la CAP (Tabla 36).

Tabla 36

Modelo de regresión de beneficios percibidos de la CAP con la autoeficacia para la CAP

<i>Modelo</i>	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				Inferior	Superior
Constante	33.727	3.64	.002	26.54	40.514
Beneficios percibidos	.429	.043	.002	.347	.511

Nota: Variable dependiente: autoeficacia para la CAP; *B*= b, *SE*= Error estándar, *IC*= intervalo de confianza, *n*=600.

El octavo objetivo pretendía analizar como las influencias interpersonales donde se incluye el apoyo familiar, de pareja y del proveedor de salud, como variable

independiente influyen sobre la CAP como variable dependiente, pero el modelo regresión lineal múltiple solo explicó 0.2% de la varianza y no se ajustó para analizar dicha influencia entre las variables ($F_{[4,596]} = .299, p = .826$) ver tabla 37.

Tabla 37

Modelo de regresión de las influencias interpersonales con la CAP

Modelo 4	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Constante)	62.209	3.886		.001
Influencias interpersonales	-.037	.048	-.031	.446
Apoyo familiar	.009	.043	.012	.826
Apoyo de la Pareja	-.014	.057	-.012	.812
Apoyo del proveedor de salud	-.039	.059	-.038	.502

Nota: Variable dependiente: conducta anticonceptiva; *B=b*, *SE*=Error estándar,

Beta=valor de beta, $n=600$.

Como resultado de todas las asociaciones que se encontraron entre las variables modeladoras se presenta a continuación la representación gráfica del modelo final para explicar la CAP.

Figura 7. Representación gráfica del modelo explicativo de la conducta anticonceptiva de la pareja

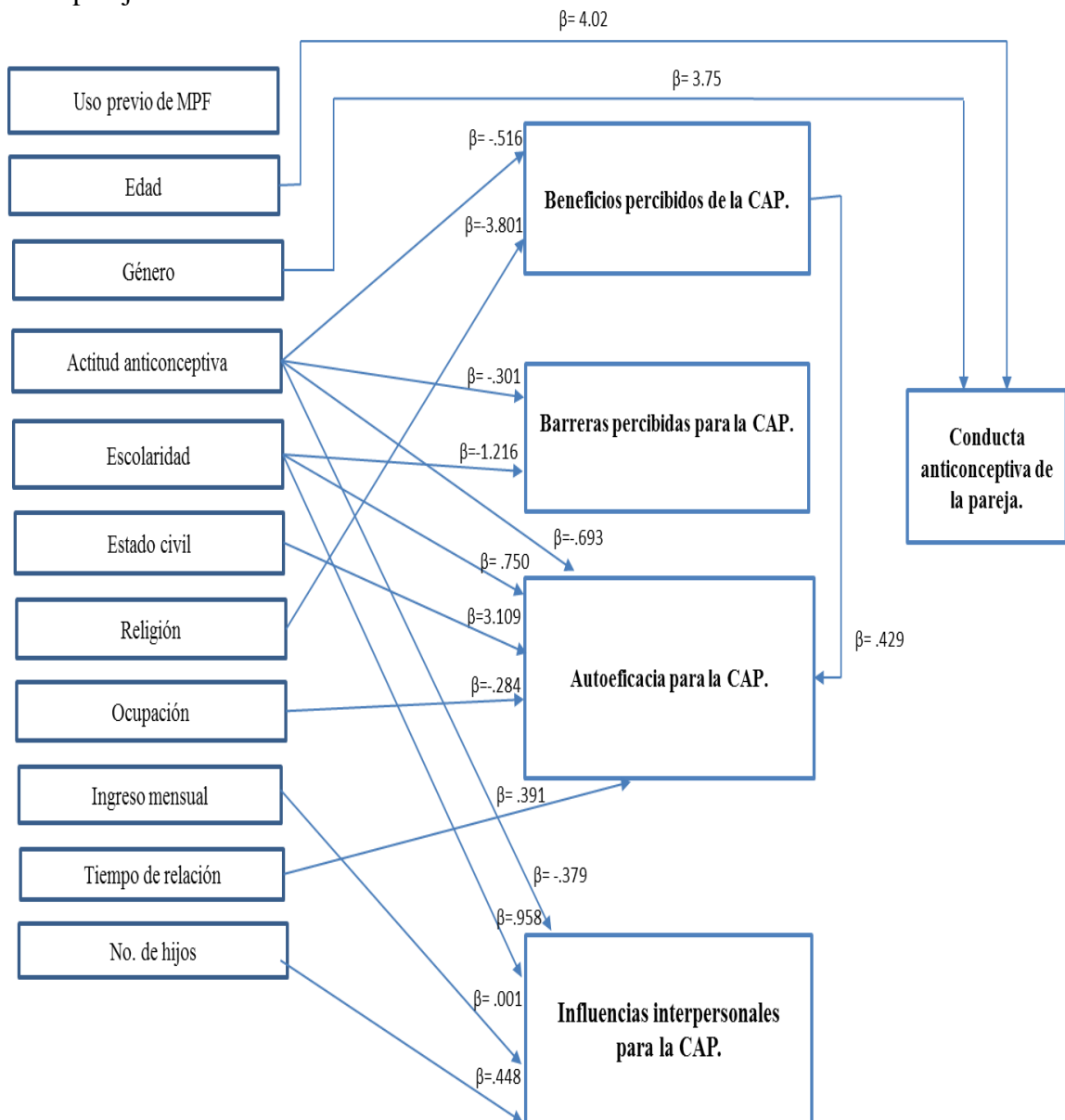


Figura 7. Representación de las asociaciones resultantes entre las variables de estudio.

Por arriba de cada flecha se encuentra el valor de β correspondiente. Derechos reservados Universidad Autónoma de Nuevo León.

Capítulo IV

Discusión

El objetivo del presente estudio fue comprobar un modelo explicativo de la Conducta Anticonceptiva de la Pareja tomando como base el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (2015), con el fin de definir cómo la experiencia previa relacionada (uso previo de MPF), los factores personales (edad, género, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingresos mensuales, tiempo de relación y número de hijos vivos), la percepción de barreras, beneficios y la autoeficacia, así como las influencias interpersonales, influyen en la conducta anticonceptiva de la pareja. Con este propósito a continuación se presenta la discusión de los resultados con base en los objetivos planteados, así como las conclusiones, las limitaciones y las recomendaciones.

Cabe mencionar que las parejas participantes fueron en su mayoría derechohabientes del seguro popular que acudieron a recibir atención al servicio de consulta externa de un hospital de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud de Guanajuato, con edades entre 18 y 35 años de edad, las cuales se encuentran dentro de las edades reportadas con mayor tasa de fecundidad en el país (ENSANUT, 2012). Un poco más de la mitad se encontraban en unión libre con un promedio de tiempo de relación de pareja de cinco años y un poco menos de la mitad reportó tener más de dos hijos. Además se observó que su nivel de educación fue bueno ya que los años de estudio reportados corresponden al inicio de estudios de una carrera universitarios o de nivel técnico.

Con respecto al ingreso mensual, se apreció que es bueno en quienes tienen alguna ocupación, incluso para las mujeres, ya que es un poco mayor en relación al salario mínimo establecido para esta región; sin embargo, un gran porcentaje de los participantes se encontraban desempleados en especial las mujeres, quienes se dedicaban principalmente a actividades del hogar sin ser remuneradas. Cabe mencionar que aunque

estas características sociodemográficas ya han sido consideradas en otros estudios, estos se presentan de manera diferente, debido a que la mayoría de ellos se ha realizado en población de África, principalmente en mujeres, en edades menores o mayores a la de este estudio, con bajo ingreso económico y nivel de escolaridad y bajo acceso a los servicios de salud (Babalola, Kusemiju, Calhoun, Corroon, & Ajao, 2015; Caudillo et al, 2015; Kabagenyi et al. 2014; Muhindo, Nankumbi, Groves & Chenault, 2015; Nsubuga, Sekandi, Sempeera, & Makumbi, 2015)

En relación al uso previo de MPF los hombres expresaron hacer un mayor uso que las mujeres, teniendo como métodos de su preferencia para ambos el condón masculino, seguido de los hormonales orales y el DIU. Este dato coincide con lo reportado por la ENSANUT en el 2012, donde los participantes señalaron haber utilizado algún método, los hombres presentaron porcentajes mayores de uso que las mujeres, destacando el uso de del condón masculino y los hormonales. Jammeh, Liu, Cheng y Lee-Hsieh (2014), también reportaron estos métodos como preferencia de la población; sin embargo, los porcentaje de no uso previo de MPF, fueron mucho más altos en su estudio de parejas en Gambia.

Respecto al uso actual de MPF, el porcentaje de mujeres que los usaba aumentó respecto al uso previo, contrario a los hombres que lo usaban menos que en el pasado. Esta tendencia difiere a lo reportado también en el 2012, donde el porcentaje de uso seguía siendo mayor en ambos géneros, pero con ciertas variaciones, ya que el porcentaje de hombres y mujeres que no utilizaron ningún método disminuyó, lo que coincide en este estudio en relación a las mujeres que no usan en este momento algún MPF. Continúan apareciendo como métodos de preferencia el uso del condón y los hormonales (ENSANUT, 2012).

Se observa que la edad y el género son factores que de manera directa e importante influyen sobre la conducta anticonceptiva de la pareja, por lo que a mayor edad mejor es esta conducta para evitar embarazos no deseados. Se dice que en nuestro

país la tasa de fecundidad general ha disminuido, es así que en el 2011 al analizar las tasas específicas en las mujeres de 20 a 49 años de edad, se observó una disminución sustancial conforme aumenta la edad, de tal manera que se dieron más embarazos en mujeres de 20 a 24 años de edad, que en las de 45 a 49 años de edad. La media de edad que tuvieron las parejas en este estudio fue de 26.21 en general, y en cuanto al género las mujeres presentaron una media de 25.52 mientras que los hombres de 26.89, lo que significa que se encontraban dentro de los márgenes de fecundidad alta (ENSANUT, 2012).

Estos resultados también coinciden con otros estudios como el realizado por Ramos-Salazar, Castañeda-Sánchez y López (2015), quienes infirieron que los varones entre 30 y 40 años aceptan seis veces más un MPF en específico como la vasectomía, por su parte Babalola, Kusumij, Calhoun, Corroon y Ajao (2015) encontraron que los hombres de 15 a 34 años de edad presentaron menos probabilidad de uso de anticonceptivos que los de edades mayores. Este mismo comportamiento se observó en las mujeres, ya que Youngwanichsetha en el 2012, encontró que las mujeres de 20 a 30 años presentaron mayores puntuaciones para la planificación del embarazo, que las de 14 a 19 y las de 36 a 44 años.

Continuando con el análisis del género como factor predictor de la conducta anticonceptiva de la pareja, se dice que los hombres siguen tomando decisiones sensibles al género, incluso en algunos estudios cualitativos los hombres continúan sosteniendo que es responsabilidad de la mujer prevenir el embarazo y que es difícil discutir con ellas sobre el uso de anticonceptivos (Godia, Olenja, Hofman, & Van Den Broek, 2014). Crosby et al., (2013) observaron que hay diferencia significativa entre las barreras identificadas para el uso del condón y el género de los participantes, lo que reafirma que el género es predictor para el uso de anticonceptivos, por lo que las intervenciones de salud respecto a la PF, deben considerar el género de sus usuarios, considerando que las

mujeres son quienes demandan mayor atención de SSR, contrario a los hombres (Luengo, Millán, Zepeda, & Tijero, 2012).

En relación a la religión, las parejas expresaron inicialmente que tenían la percepción que la religión no interfería en su decisión de uso o no de MPF; sin embargo en el análisis del modelo se encontró que esta si influye, principalmente en la percepción de beneficios de la CAP, ello puede ser resultado de la vivencia de los preceptos de la religión que profesan en contradicción de las exigencias sociales, por lo que prefieren expresarse en contra de dicha influencia. Esta percepción de no interferencia coincide con lo reportado por Akintade, Pengpid y Peltzer (2011), quien tampoco encontró relación de la religión con la CAP, por su parte Irani, Speizer y Fotso (2014) observaron que la religión de los participantes si interfería, ya había un mayor uso de anticonceptivos entre las parejas donde ambos integrantes eran protestantes.

En este estudio no se encontró relación directa entre la actitud anticonceptiva y la CAP, pero sí de manera positiva con la percepción de beneficios, barreras, autoeficacia e influencias interpersonales para la CAP, lo que probablemente indica que la conducta anticonceptiva no genera por si sola una conducta y que antes de ellos, esta debe fortalecerse o limitarse por la percepción de ganancias o pérdidas de dicha conducta, su capacidad para enfrentarla y el apoyo que recibe de otros, por lo que se puede inferir en que efectivamente es un predictor de la conducta anticonceptiva como lo afirman Jammeh, Liu, Cheng & Lee-Hsieh (2014) aunque no de manera directa.

En cuanto al número de hijos, no se observó estadísticamente su influencia sobre ninguna de las variables planteadas, contrario a la escolaridad que se asoció positivamente con la autoeficacia para la CAP y las influencias interpersonales y de manera negativa con la percepción de barreras para la CAP. Existen estudios que tampoco han encontrado relación de la conducta anticonceptiva con el número de hijos e incluso con la escolaridad (Kabagenyi, Ndugga, Wandera, & Kwagala, 2014), pero algunos otros si refieren que estas variables son factores que influyen en la pareja para el

uso de métodos anticonceptivos, de tal manera que las parejas con educación secundaria o más, tuvieron dos veces más probabilidades de usar anticonceptivos que las que presentaban una escolaridad menor (Brunie, Tolley, Ngabo, Wesson. & Chen, 2013; Irani, Speizer, & Fotso, 2014; Muhindo, Nankumbi, Groves & Chenault 2015).

En este estudio no se encontró influencia directa del uso previo de MPF, actitud anticonceptiva, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, ingreso mensual, tiempo de relación con la pareja y el número de hijos con la CAP, pero sí de estos con los beneficios, barreras y la autoeficacia percibidos para la CAP, lo que probablemente indica que dichas variable no definen esta conducta de manera directa pero si a través de otras. Además de que se debe considerar que el levantamiento de la muestra pudo verse afectada por el tipo de instrumentos que se utilizaron para su medición. Existen estudios como el de Frances, Harding, Biekro y Collumbien (2014), reportaron que cuando la pareja se siente estable, abandona métodos como el condón y adopta los métodos tradicionales, por temor a que los métodos puedan afectar la fertilidad.

Respecto a la escolaridad se encontró que a más años de escolaridad mejor es la autoeficacia para la CAP, Muhindo, Nankumbi, Groves y Chenault (2015), también encontraron una relación significativa entre el nivel de educación y la autoeficacia, de tal manera que más de la mitad de los encuestados con educación primaria o sin educación reportaron niveles bajos de autoeficacia percibida, en comparación con los de nivel de secundaria y superior, quienes reportaron niveles altos de autoeficacia anticonceptiva. En relación al estado civil, las mujeres casadas y con más de dos hijos mostraron una correlación positiva con la autoeficacia anticonceptiva (Caudillo et al., 2015). Esto confirma que la escolaridad, el estado civil y el número de hijos son predictores directos de la autoeficacia para la CAP.

Llama la atención que aunque hay estudios que han considerado al resto de las variables, generalmente solo se han abordado de manera descriptiva, dejando de lado el análisis de su asociación con las influencias interpersonales para la CAP.

En cuanto a la relación de la experiencia previa y los factores personales con las influencias interpersonales, se encontró asociación entre la actitud anticonceptiva, la escolaridad, los ingresos mensuales y el tiempo de relación de la pareja, al respecto no hay mención en la literatura, sólo que los hombres con pareja estable o no, saben que tanto los condones como el asesoramiento sobre salud reproductiva, se encuentra disponibles en el centro de salud y que son las mujeres quienes más acuden a los servicios de PF para solicitar MPF (Lu et al, 2012).

En el presente estudio no se encontró efecto de los beneficios, las barreras percibidas y la autoeficacia percibidas sobre la CAP, contrario a lo que han reportado en otros estudio donde los participantes describieron como principales beneficios de los MPF el espaciamiento de los hijos y la prevención de ITS, por lo que las razones para elegir algún MPF fueron principalmente la eficacia, la fiabilidad, la asequibilidad y la disponibilidad, sin embargo hubo quienes no expresaron ninguna razón para el uso (Offiong, Eko, Osonwa & Osuchukwu, 2013).

Respecto a la percepción de barreras, existen reportes sobre preocupación y temor por los efectos secundarios de MPF, dentro de los cuales destacan los efectos secundarios considerados como menores tales como dolor de cabeza, sangrado, aumento de peso, pérdida de peso, náuseas, mareos, y dolor de estómago y los efectos graves como la infertilidad, cáncer y el nacimiento de los hijos con deformidades o discapacidades físicas y/o mentales (Asekun-Olarinmoye, 2013; Mosha, Ruben, & Kakoko, 2013), otras barreras reportadas tuvieron que ver con el estrés y temor que provoca la no aceptación de su grupo social ante el uso de MPF, ya que en ocasiones se pone en duda en el caso de los hombres su virilidad (Ochako et al., 2015; Kabagenyi et al., 2014).

También contrario a los resultados del presente estudio otros autores reportan relación de la autoeficacia con la anticoncepción, de tal manera que mujeres con altos niveles de autoeficacia hacen mejor uso de MPF y que niveles bajos de ésta no predicen

la adherencia de uso (Caudillo et al. 2015; Peyman et al, 2009). Así mismo, existen reportes sobre que las mujeres en riesgo de embarazo no deseado, en comparación de aquellas sin riesgo se perciben incapaces de usar anticonceptivos en estado de excitación (Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee, & Fairley, 2012). Dentro de las razones por las que en el presente estudio no se encontró tal relación puede ser por la existencia de variables mediadoras como la intención de uso o el compromiso para la acción, sobre las que tienen efecto antes que en la conducta resultado.

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, sostiene en una de sus proposiciones que entre mayor es la autoeficacia percibida por la persona, su percepción de barreras para la conducta promotora disminuye, en este estudio no fue posible evidenciar dicha relación entre la autoeficacia para la CAP y las barreras para la CAP, tales como el miedo, el temor, el costo y la presión social; sin embargo, dentro de la revisión de la literatura se encontraron en otros estudios expresiones que muestran algunas de las barreras identificadas específicamente para el uso del condón, tales como: “si mi pareja me pide usar anticonceptivos, yo creo que él/ella no confiaba en mí” “ si le pido a mi pareja que use un condón, él/ella podría pensar que yo la/lo estaba engañando”, “los condones frotan y provocan dolor”, “ los condones se sienten antinaturales” y “los condones afectan el clímax u orgasmo” (Crosby et al.,2013).

Así mismo en este modelo, Pender propone que a mayores ganancias o beneficios percibidos de la adopción de cierta conducta saludable, mayor es la autoeficacia percibida para ésta. En esta investigación se confirmó dicha proposición ya que entre mayores fueron los beneficios percibidos de la CAP, como poder planear el número y espaciamiento de los hijos, mayor fue la percepción de autoeficacia para la CAP, aunque hasta este momento no se han encontrado estudios que confirmen esta relación en materia de anticoncepción, existe el realizado por Riveiro, Garrido y Álvarez (2012), quienes en estudiantes con discapacidad auditiva encontraron una relación

moderada entre los beneficios percibidos de las adaptaciones hechas a los espacios educativos y su autoeficacia para reducir su ansiedad en periodos de exámenes.

Finalmente, al analizar la relación de las influencias interpersonales, considerando el apoyo familiar, de pareja y de los proveedores de salud sobre la CAP, tampoco fue posible encontrar ninguna asociación de acuerdo al modelo propuesto. Sin embargo existen estudios que menciona que hay incomodidad por parte de los hombres para solicitar servicios de PF, al indicar su sentir sobre que los centros de salud han sido diseñados para las mujeres y los niños, lo que les hace sentirse incómodos, invadidos en su privacidad y por tanto descuidados por el sistema (Castañeda-Sánchez, Castro-Paz & Lindoro-López, 2008), esta percepción de falta de apoyo social donde se incluye la pareja y su familia, lo lleva a hacer poco consistente en su el uso de MPF, como el condón (Godia, Olenja, Hofman., & Van Den Broek, 2014). Dentro de las principales fuentes de información que se reportan en relación a la PF, se encuentran el personal de salud, los medios de comunicación, los amigos, el cónyuge y los vecinos (Kisa, Zeyneloğlu, & Delibaş, 2013).

Específicamente en relación a la pareja se encontró que el uso de MPF de la mujer se relaciona con el uso de su esposo, quien muestra el mismo comportamiento (Ahmed, 2013; Irani, Speizer, & Fotso., 2014; Brunie, Tolley, Ngabo, Wesson., & Chen, 201; Lee et al., 2014; Mishra et al. 2014;), pero también existe esposos que continúan pensando que la PF es responsabilidad principalmente de la mujer, en quien se ha encontrado que su intención de uso de MPF se ve afectada por la oposición de su marido e incluso de su madre (Khan et al., 2015). Se ha encontrado que la conciencia de los hombres y su apoyo a la pareja se asociaron significativamente con el deseo de sus cónyuges a utilizar un método anticonceptivo. (Akintade, Pengpid., & Peltzer 2011; Ezeanolue et al., 2015; Olukunmi., 2011; Shattuck et al., 2011)

En un estudio cualitativo los hombres expresan su deseo de ser incluidos en lo que respecta a PF, para participar conjuntamente con su esposa acerca de un método

anticonceptivo (Mishra et al., 2014; Withers et al., 2015), pero reportaron inconvenientes para su participación como la preocupación del desempeño del su rol de género y el miedo a lo que los miembros de la comunidad puedan pensar o decir de un hombre que abiertamente aceptada la PF o la posición incómoda que les general los proveedores de la PF respecto al uso obligado de algún MPF o el discutir de manera incomoda y vergonzosa sobre asuntos sexuales frente a sus esposas (Withers et al. (2015).

Respecto a los proveedores de salud se cree que juegan un papel clave para el uso de MPF, por lo que se ha recomendado que estos deben estar capacitados para poder ofrecer servicios de asesoramiento a todos las personas con el fin de mejorar la aceptación y uso de métodos anticonceptivos (Offiong, Eko, Osonwa & Osuchukwu, 2013). En el estudio de Ong, Temple-Smith, Wong, McNamee y Fairley (2012), algunas personas indican que el discutir la PF con trabajadores de la salud les hace sentir seguros, por lo que se considera un determinante crítico para el uso de MPF modernos, sin dejar de lado la importancia que tiene el apoyo familiar en este sentido (Brunie, Tolley, Ngabo, Wesson., & Chen, 2013; Kabagenyi, Ndugga, Wandera., & Kwagala, 2014).

Limitaciones del Estudio

En siguiente apartado se exponen las limitaciones que se observaron durante el desarrollo de la presente investigación. Una de ellas fue el abordaje simultaneo de los dos integrantes de la pareja, ya que aunque se cuidó su privacidad al momento de contestar los instrumentos colocándolos a cierta distancia al momento hubo omisión de información, ejemplo de ello se dio cuando al no contestar ciertas preguntas como su conducta anticonceptiva con una persona diferente a la actual pareja, su respuesta era negativa acompañada de expresiones de pena y su retiro inmediato del lugar.

Otra de las limitaciones fue el lugar donde se realizó el levantamiento de la muestra, ya que son unidades de salud que reciben a personas dadas las relaciones

políticas con un estrato socioeconómico alto, lo que sin duda influye en la conducta anticonceptiva, sus recursos y las percepciones respecto a esta.

Hubo parejas que al acudir a servicios de pediatría llevaron a sus hijos pequeños, con los que se les apoyo en el cuidado mientras fuera posible, sin embargo la madre siempre se mostró ansiosa y en ocasiones terminaba de contestar antes del tiempo promedio para ello. En el caso de las mujeres más jóvenes que acudieron con la madre de su esposo, también hubo limitaciones ya que en ocasiones antes de aceptar participar consultaba la opinión de esta persona quien muchas veces asintió; sin embargo, otras veces no mostró su consentimiento y la persona decidía mejor no participar.

Por otro lado, aunque las instalaciones fueron adecuadas y fáciles de adaptar para brindar privacidad a las parejas, en ocasiones en un solo día fue necesario cambiar de espacio hasta por dos ocasiones, lo que implicó pérdida de tiempo en la aplicación de los cuestionarios. De estos el instrumento de Previsión social adaptado para la anticoncepción moderna, es muy extenso y se limita a evaluar a la familia, la pareja y los proveedores de salud, dejando de lado a los amigos y líderes sociales significativos para la persona, como los relacionados con las creencias religiosas. Además de que se vuelve tedioso para los participantes, limitando la calidad de las respuestas. Así mismo se considera que la escala de beneficios y barreras percibidas son muy cortas, en especial la de beneficios al contar solo con dos ítems para evaluar dicha variable

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos y su análisis en la presente investigación que buscó comprobar un modelo explicativo de la conducta anticonceptiva de la pareja, se llegó a las siguientes conclusiones. La población de estudio presenta una media de edad que corresponde a plena etapa de reproducción, por lo que el uso de MPF o la intención de hacerlo, pueden limitarse ante su deseo de tener más hijos. El estado civil y el tener o no un trabajo remunerado influyen positivamente en la decisión de usar MPF. La mayoría de las mujeres reportó como su ocupación principal el ser amas de casa,

mientras los hombres refirieron trabajar como empleados en algún trabajo en particular y quienes recibieron un mejor sueldo en relación a las mujeres.

En cuando al uso previo de MPF, los hombres los usaron más que las mujeres; sin embargo, actualmente las mujeres hacen un uso mayor de ellos, teniendo como preferidos métodos como el condón masculino, hormonales orales, el implante subdérmico y el DIU. Es posible que esta diferencia de uso previo y actual de MPF, esté relacionada con la percepción de estabilidad y confianza que le da el estado civil y el tiempo de relación con una pareja o con el proyecto de vida no solo con la otra persona, sino el propio. Dentro de las razones principales del no uso de MPF se encontró el miedo a los efectos secundarios de algunos MPF, la incomodidad que representa para su uso o al reducir el grado de placer en la relación sexual, el deseo de tener más hijos o la percepción de que al ser la pareja quien los usa no siente la necesidad de hacerlo personalmente.

La actitud anticonceptiva, es una variable de peso sobre la percepción de barreras, beneficios y la autoeficacia para la CAP, lo que debe llamar la atención de los profesionales de la salud para favorecerla en las parejas. La escolaridad también es un factor positivo e importante de predicción para la CAP, ya que las parejas con más años de estudios cuentan con recursos intelectuales que les permiten usar adecuadamente los MPF existentes. Respecto a la religión, esta continua siendo fundamental en la toma de decisiones sobre el uso o no de MPF y la percepción de sus beneficios, aunque la pareja niegue o no perciba como tal dicha influencia

Por otro lado, el estado civil, la religión, la ocupación y el tiempo de relación en pareja influyeron en la percepción de beneficios de la CAP, barreras para la CAP y la autoeficacia para la CAP, así como en la percepción y búsqueda de apoyo por parte de la familia, la pareja y los proveedores de salud, por lo que estos últimos deben contar con los recursos necesarios, materiales e intelectuales para atender las demandas de sus usuarios respecto a la PF y a su vez contribuir con el de los objetivos y metas de

Programas como el Específico de Planificación Familiar 2013 – 2018 o el de Anticoncepción post evento obstétrico.

Entre más sean los beneficios percibidos de la CAP, mayor será la autoeficacia para el uso de MPF con la intención de evitar embarazos no deseados y las consecuencias que ello implicará para la población materno infantil, como las muertes maternas por abortos inducidos, las muertes infantiles por esta misma razón o por la pobre atención que no recibirá de su madre, entre otras, que lastiman la estructura social en general.

Por todo lo anterior, se concluye que la experiencia previa y algunos de los factores personales como la actitud anticonceptiva, la escolaridad, estado civil, la religión, la ocupación el ingreso mensual y el tiempo de relación de pareja favorece las condiciones necesarias para la percepción de beneficios de la CAP, las barreras para la CAP, la autoeficacia para la CAP y la percepción de las influencias interpersonales específicamente por parte de la familia, la pareja y los proveedores de salud y a su vez, el investigador debe considerar que todos estos factores influyen de algún modo de manera directa o indirecta, de acuerdo a la literatura científica existente sobre la CAP.

Recomendaciones

De acuerdo a los objetivos de este estudio y con la finalidad de profundizar en el tema de la PF vista más allá del solo uso o no de MPF, se recomienda replicar este estudio en población mexicana e incluir metodología mixta para su abordaje en diferentes tipos de población tomando en cuenta las limitaciones que se presentaron en esta ocasión, ello favorecerá la comprensión de la conducta anticonceptiva de las parejas o incluso de la población en general, identificando con claridad los factores que intervienen en ella. Así mismo, permitirá sentar las bases para el desarrollo de intervenciones específicas para los profesionales de la salud, entre ellos enfermería en cualquiera de sus ámbitos y así lograr un efecto positivo en el ejercicio de la SSR de la población mexicana.

Se recomienda seguir trabajando con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender y ver la posibilidad de incluir variables como el conocimiento, el estrato socioeconómico, el deseo de más hijos, la necesidad insatisfecha y la intención de uso de MPF, así como una manera fiable de medir su efecto sobre la conducta anticonceptiva, lo que se traduce en el desarrollo de instrumentos válidos y confiables para dicho fin.

En relación a los instrumentos utilizados para la presente investigación, aunque la consistencia interna que presentaron fue adecuada, se recomienda buscar otros menos extensos como el de actitud anticonceptiva y sobretodo el de provisión social modificado para anticoncepción moderna, ya que favorecen que la persona desvíe su atención e incluso el interés en contestar de manera certera dichos instrumentos y el resto de ellos, pese a que se les compense su tiempo de cualquier manera.

Las escalas para medir beneficios y barreras percibidos son adecuadas, sin embargo existe una más completa para medir las barreras percibidas para el uso de MPF, no así para medir los beneficios percibidos por lo que se invita a la construcción una escala específica para esta variable. Se recuerda que las escalas de actitud anticonceptiva, autoeficacia anticonceptiva y la de conducta anticonceptiva, fueron adaptadas y validadas para ser aplicadas en hombres y mujeres mexicanos en edad reproductiva, por lo que sugiere el uso de estas adaptaciones para un mejor acercamiento a la variable de estudio en este tipo de población.

Referencias

- Ahmed, H. M. M. (2013). Barriers to family planning in Sudan: Results from a survey in white Nile, Kassala and Al-Gadaf, 2008. *African Development Review*, 25(4), 499-512. doi:10.1111/1467-8268.12045
- Akintade, O.L., Pengpid, S., & Peltzer, K. (2011). Awareness and use of and barriers to family planning services among female university students in Lesotho. *South African Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 17 (3), 72-78.
- Arrua, A.A.M., Bogado, M.J.E., & Sauchuk, D.M.E. (2012). Conocimientos, actitudes y proceder de varones universitarios acerca de la actividad sexual y la planificación familiar. *Revista Nacional Itauguá*, 4(2), 30-34.
- Asekun-Olarinmoye, E., Adebimpe, W., Bamidele, J., Odu, O., Asekun-Olarinmoye, I., & Ojofeitimi, E. (2013). Barriers to use of modern contraceptives among women in an inner city area of Osogbo metropolis, Osun state, Nigeria. *International Journal of Women's Health*, 5(647), 56-62.
- Aspilcueta-Gho, D. (2013). Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. *Revista de Perú. Medicina. Experimental. Salud Pública*. 30(3), 480-486. ISSN 1726-4634.
- Babalola, S., Kusemiju, B., Calhoun, L., Corroon, M., & Ajao, B. (2015). Factors associated with contraceptive ideation among urban men in Nigeria. *Publication stage: In Press Corrected Proof*. doi: 10.1016 / j.ijgo.2015.05.006.
- Burns, N., & Grove, S. (2012). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. (5th Ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.

- Burton, J., Darbes, A. L., & Operario, D. (2010). Couples-Focused Behavioral Interventions for Prevention of HIV: Systematic Review of the State of Evidence. *AIDS Behavior*, 14, 11–10. doi: 10.1007/s10461-008-9471-4.
- Brunie, A., Tolley, E. E., Ngabo, F., Wesson, J., & Chen, M. (2013). Getting to 70%: Barriers to modern contraceptive use for women in Rwanda. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 123 (1), 11–15. doi:10.1016/j.ijgo.2013.07.005
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
- Castañeda-Sánchez, O., Castro-Paz, L.S., y Lindoro-López, K.G. (2008). Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar, Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. México, Organismo Internacional*, 10(2), 37-41. ISSN: 1405-9657
- Caudillo. L., et al. (2015). Autoeficacia para la anticoncepción y conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes. *Cuidados de enfermería y educación en salud de Chile*, 2(1), 89-94.
- Chipeta, E.K., Chimwaza, W., y Kalilani-Phiri, L. (2010). Anticonceptivos conocimientos, creencias y actitudes en Malawi rural: La información errónea, creencias erróneas y percepciones erróneas. *Malawi Medical Journal: El Diario de la Asociación Médica de Malawi*, 22(2), 38-41.
- Consejo Nacional de Población. (2015). Participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas, 2009 y 2014. Recuperado de

- http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Participacion_masculina_en_la_prevalencia_anticonceptiva_de_mujeres_en_edad_fertil_unidas_2009_y_2014.
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de los datos. *Revista en Ciencias de la educación*, 18 (33), 228-247.
- Cox, C. M., Hindin, M. J., Otupiri, E., & Larsen-Reindorf, R. (2013). Understanding couples' relationship quality and contraceptive use in Kumasi, Ghana. *International Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 39(4), 185-194. doi: 10.1363/3918513
- Crosby, R., Shrier, L. A., Charnigo, R., Sanders, S. A., Graham, C. A., Milhausen, R., & Yarber, W. L. (2013). Negative perceptions about condom use in a clinic population: comparisons by gender, race and age. *International Journal of STD & AIDS*, 24(2), 100-105.
- Cutrona C. E., & Russell D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptations to stress. In: Jones WH, Perlman D, Editors. *Advances in personal relationships. Greenwich (CT): JAI Press*, 37–67.
- De Villalobos, M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2 (2), 7-18.
- Dhingra, R., Manhas, S., Kohli, N., & Mushtaq. A. (2010). Attitude of Couples towards Family Planning. *Journal.Human Ecology*, 30(1), 63-70.
- Dulock, H.L., & Holzemer, W.L. (1993). Substruction: Improving the linkage from Theory to Method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87.
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. & Fotheringham, N. (2000). n'Query Advisor Copyright. Program, version 4.0.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de www.ensanut.insp.mx
- Estrada, F., Hernández-Girón, C., Walker, D., Campero, L., Hernández-Prado, B., & Maternowska, C. (2008). Uso de servicios de planificación familiar de la

- Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. *Salud Pública de México*, 50(6), 472-481.
- Ezeanolue, E.E., Iwelunmor, J., Asaolu, I., Obiefune, M.C., Ezeanolue, C.O., Osuji, A., Ogidi, A.G., Hunt, A.T., Patel, D., Yang, W., & Ehiri, J.E. (2015). Impact of male partner's awareness and support for contraceptives on female intent to use contraceptives in southeast Nigeria. *BMC Public Health*, 15(879), 89-94. doi: 10.1186/s12889-015-2216-1
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. (2da. Ed.) Philadelphia: FA Davis Company
- Frances, O.I., Harding, M.S., Biekro, L., & Collumbien, M. (2014). Fertility Decisions and Contraceptive Use at Different Stages of Relationships: Windows of Risk Among Men And Women in Accra. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(3), 135–143. doi: 10.1363/4013514.
- Godia, P. M., Olenja, J. M., Hofman, J. J., & Van Den Broek, N. (2014). Young people's perception of sexual and reproductive health services in Kenya. *BMC health services research*; 14(1), 172- 176.
- Gomez, Z.J., Ibaceta, P., Muñoz, F., Pardo, E., & Ubillos, S. (1996). Auteficacia percibida en relación al comportamiento sexual y contraceptivo de los juvenes. *Revista de Psicología General y Aplicaciones*, 49 (1), 173-183.
- Gueye, A., Speizer, I., Corroon, M., & Okigbo, C. (2015). Belief in family planning myths at the individual and community levels and modern contraceptive use in urban Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(4), 191-199. doi:10.1363/4119115
- Gutmann, M. (2015) Planificar la exclusión de los hombres de la planificación familiar: un estudio de caso en México. *Revista interdisciplinaria de estudios de género*. 1, 54-75.
- Harkness, J. (2010). Adaptation. *Crodd-Cultural Survey Guidelines*. 1-16.

- Heinrich, B. L. (1993). Contraceptive self-efficacy in college women. *Journal of Adolescent Health, 14* (4), 269-276. doi:10.1016/1054-139X(93)90173-M
- Hernández, S.R., Fernández, C.C., & Baptista, L.P. (2014). Metodología de la investigación. (6ta. Ed.). *McGraw-Hill*.
- Instituto Guttmacher y la Organización mundial de la salud. (2012). Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública. Hechos sobre el aborto inducido en el mundo Recuperado de https://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW_sp.pdf
- Instituto Guttmacher. (2013). Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias. <http://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud en México. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado de http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf
- Irani, L., Speizer, I. S., & Fotso, J.C. (2014). Couple Characteristics and Contraceptive Use among Women and their Partners in Urban Kenya. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 40*(1), 11–20. <http://doi.org/10.1363/4001114>
- Jaccard, J., Dittus, P.J., & Gordon, V.V. (1996). Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family planning perspectives, 28* (4), 159-185.
- Jammeh, S.S., Liu, C.Y., Cheng, S.F., & Lee-Hsieh, J. (2014). Estudio de base comunitaria en materia de planificación familiar conocimientos, actitudes parejas

- casadas y la práctica en Gambia. Rurales y urbanas. *Ciencias de la Salud de África*, 14(2), 273-280. <http://doi.org/10.4314/ahs.v14i2.1>
- Kabagenyi, A., Jennings, L., Reid, A., Nalwadda, G., Ntozi, J., & Atuyambe, L. (2014). Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda. *Reproductive Health*, 11(21), 34-40. doi: 10.1186/1742-4755-11-21
- Kabagenyi, A., Ndugga, P., Wandera, S. O., & Kwagala, B. (2014). Modern contraceptive use among sexually active men in Uganda: does discussion with a health worker matter?. *BMC Public Health*, 14,(286), 123-131. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-286>
- Khan, M. S., Hashmani, F. N., Ahmed, O., Khan, M., Ahmed, S., Syed, S., & Qazi, F. (2015). Quantitatively evaluating the effect of social barriers: a case-control study of family members' opposition and women's intention to use contraception in Pakistan. *Emerging Themes in Epidemiology*, 12(1), 1-5. doi:10.1186/s12982-015-0023-x
- Kisa, S., Zeyneloğlu, S., & Delibaş, L. (2013). Influence of age on the usage of family planning methods by Turkish married men living in southeastern Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 43(5), 756-763. doi:10.3906/sag-1209-73
- Ko, I.S., You, M.A., Kim, E.S., Lee, T.W., Kim, S., Kim Y.M., Nam J.J., & Lee, H.K. (2010). Family planning practice and related factors of married women in Ethiopia. *International Nursing Review*, 57, 377–382. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00805.x
- Kura, S., Vince, J., & Crouch-Chivers, P. (2013). Male involvement in sexual and reproductive health in the Mendi district, Southern Highlands province of Papua New Guinea: a descriptive study. *Reproductive Health*, 10(46), 65-71. doi:10.1186/1742-4755-10-46

- Laza, V.C. (2008). Cultura y planificación familiar: un debate aún en construcción. *Revista teoría y praxis investigativa, Centro de Investigación y Desarrollo, CID / Fundación Universitaria del Área Andina*, 3(2), 232-238.
- Lee, T., Lee, H., Ahn, H. M., Jang, Y., Shin, H., & Kim, M. S. (2014). Perceptions about family planning and contraceptive practice in a marital dyad. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7/8), 1086-1094. doi:10.1111/jocn.12348
- Levinson, R.A., Wan, C.K & Beamer, L.J. (1998). The contraceptive self-efficacy scale: Analysis in four samples. *Journal of young an adolescence*, 27(6). 773-793.
- Lu, L., Ting, Y., Min, W., Chuan, X., Jieyun, Y., Chengliang, X., & Shaofa, N. (2012). Factors Associated with Condom Use among Male College Students in Wuhan, China. *Plos ONE*, 7(12), 1-7. doi:10.1371/journal.pone.0051782
- Luengo, C.M.X., Millán, K.T., Zepeda, O.A.J., y Tijero, M.M. (2012). Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. *Research Report Revista Chilena de Pediatría*. 2012, 83(6), 540-551.
- Mishra, A., Nanda, P., Speizer, E.S., Calhoun, L.M., Zimmerman, A., & Bhardwaj, R. (2014). Men's attitudes on gender equality and their contraceptive use in Uttar Pradesh India. *Salud Reproductiva*, 11(41), 564-569. doi: 10.1186 / 1742-4755-11-41
- Moreno, F.M.E. (2005). Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichan*, 5 (1), 44-55.
- Mosha, I., & Ruben, R. (2013). Communication, knowledge, social network and family planning utilization among couples in Mwanza, Tanzania. *African Journal of Reproductive Health*, 17(3), 57-69.
- Mosha, I., Ruben, R., & Kakoko, D. (2013). Family planning decisions, perceptions and gender dynamics among couples in Mwanza, Tanzania: a qualitative study. *BMC Public Health*, 13(1), 1-13. doi:10.1186/1471-2458-13-523.

- Muhindo, R., Nankumbi, O.J., Groves, S., & Chenault, M. (2015). Predictors of Contraceptive adherence among women seeking family planning services at reproductive health Uganda, Mityana Branch. *International Journal of Population Research*, 3(1), 98-108. doi:10.1155/2015/574329.
- Nsubuga, H., Sekandi, JN., Sempeera, H., y Makumbi, FE. (2015). El uso de anticonceptivos, conocimientos, actitudes, percepciones y el comportamiento sexual entre los estudiantes universitarios en Uganda: una encuesta transversal. *Salud de la Mujer de BMC*, 16(6), 345-356. doi.org/10.1186/s12905-016-0286-6
- Ochako, R., Mbondo, M., Aloo, S., Kaimenyi, S., Thompson, R., Temmerman, M., & Kays, M. (2015). Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya: A qualitative study. *BMC Public Health*, 15(1), 118-118. doi:10.1186/s12889-015-1483-1
- Offiong, D.A., Eko, J.E., Osonwa, K.O., & Osuchukwu, N.C. (2013). Prevalence of Contraceptive use among women of reproductive age in Calabar Metropolis, Southern Nigeria. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 2(6), 27-34.
- Oliva, M.L., Hernández, G.J.J., Garduño, A.M., y Calzada, S.L. (2011). Precedentes y efectos en la anticoncepción masculina sin bisturí. Anticoncepción masculina, *Colegio mexicano de urología*, 26(1), 14-17.
- Olukunmi, L.O. (2011). Factors influencing the choice of family planning among couples in Southwest Nigeria. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*, 3(7), 227-232. ISSN 2006-9723 Academic Journals.
- Ong, J., Temple-Smith, M., Wong, WC., McNamee, K., y Fairley, C. (2012). Materia de anticoncepción: indicadores de la utilización deficiente de la anticoncepción en mujeres sexualmente activas que asisten a clínicas de planificación familiar en Victoria, Australia. *BMC Public Health*, 12(1108), 786- 792. doi.org/10.1186/1471-2458-12-1108

- Organización Mundial de las Naciones Unidas. (2006). Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112766/1/9789243506494_spa.pdf
- Organización Mundial de las Naciones Unidas. (2015). Planificación familiar. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Planificación familiar. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). The Health Promotion Model. *Health promotion in nursing practice*, 4, 59-79.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Pender Health Promotion in Nursing Practice*, (Seventh Edition), Financial Times Prentice Hall.
- Peyman, N., Hidarnia, A., Ghofranipour, F., Kazemnezhad, A., Oakley, D., Khodaei, Gh., & Aminshokravi, F. (2009). Self-efficacy: does it predict the effectiveness of contraceptive use in Iranian women. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 15(5), 1254-1262.
- Pierre, L.A.S., & Clapis, M.J. (2010). Planificación familiar en Unidad de Salud de la Familia. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 18(6), 58- 66.
- Polit, Denise F. & Beck Cheryl Tatano. (2014). *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. (8va. Ed.). Workers Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Prendes, L.M.C., Aparicio, A.Z., Reyes, W.G., y Lescay, M.O. (2001). Participación de los hombres en la planificación familiar. *Revista Cubana. Medicina General Integral*. 17(3), 16-21.

- Ramada-Rodilla, J.M., Serra-Pujadas, C., & Delclós-Clanchet, G. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Revista Salud Pública México*, 55(1): 55-57.
- Ramos, S., et al. (2004). Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud. Cedes. *Ministerio de Salud de Argentina/Conapris, CLAP (OPS/OMS)*.11.
- Ramos-Salazar, L.V., Castañeda-Sánchez O., y López. R.E. (2015). Factores biopsicosociales que influyen en la elección de la vasectomía. *Atención Familiar*, 22(3), 82-86.
- Rengifo-Reina, H.A., Córdoba-Espinal, A., & Serrano-Rodríguez, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14(4), 558-569. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000400002&lng=en&tlng=es
- Riveiro, J. M. S., Garrido, M. P., & Álvarez, R. B. (2012). Estudio de las adaptaciones dirigidas a estudiantes universitarios con discapacidad auditiva y la repercusión de las mismas sobre la autoeficacia, la reducción de ansiedad en situaciones de examen y el apoyo social para el estudio. *I Congreso Nacional de Dificultades Específicas de Aprendizaje - VII Congreso de Tecnología Educativa*. doi 10.13140/2.1.1823.2326
- Rodríguez-Leal, D., & Verdú, J. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*. 13(3), 433-441.
- Ruey-Hsia, Wang., Sho-Yuan, Jian., & Yung-Mei, Yang. (2011). Psychometric testing of the Chinese version of the Contraceptive Behavior Scale: a preliminary study. *Journal of Clinical Nursing*, (22), 1066–1072. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03785.x

- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (México). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud. (1994). Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.
- Secretaría de Salud. (2002). Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). Programa de acción específico. Planificación familiar y anticoncepción 2013 – 2018. Programa Sectorial de Salud. <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliar yAnticoncepcion.pdf>
- Shahjahan, M., Mumu. S., Afroz. A., Chowdhury. H., Kabir R., & Ahmed. K. (2013). Determinants of male participation in reproductive healthcare services: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 10(27), 231-242. doi: 10.1186/1742-4755-10-27.
- Shattuck, D., Kerner, B., Gilles, K., Hartmann, M., Ng'ombe, T., & Guest, G. (2011). Encouraging Contraceptive Uptake by Motivating Men to Communicate About Family Planning: The Malawi Male Motivator Project. *American Journal of Public Health*, 101(6), 1089–1095. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300091>
- Sousa da Silva., et al. (2013). Participación del compañero en la planificación familiar bajo la óptica femenina: estudio descriptivo. *Online Brazil Journal Nurse*, 12 (4), 882-91. doi.10.5935/1676-4285.20134224
- Withers, M., Dworkin, S. L., Onono, M., Oyier, B., Cohen, C. R., Bukusi, E. A. & Newmann, S. J. (2015). Men's perspectives on their role in family planning in Nyanza Province. Kenya. *Studies in Family Planning*, 46 (2), 201–215. doi: 10.1111/j.1728-4465.2015.00024.x

- Yago, S.T., & Tomás, A.C. (2013). Condiciones de género en anticoncepción: diseño y validación de un cuestionario. *Atención Primaria*, 45(8), 418-425. doi doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.013
- Youngwanichsetha, S. (2012). Pregnancy planning among Buddhist and Muslim Thai women in southern Thailand. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29 (5), 78- 92doi.org/10.1080/02646838.2011.649471

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado

Título del Proyecto: Modelo Explicativo de la Conducta Anticonceptiva de la Pareja.

Investigadora responsable: MCE. María Luisa Flores Arias

Prólogo: Estamos interesados en conocer acerca sobre la Planificación familiar de las parejas guanajuatenses que acuden a esta unidad hospitalaria (Hospital General Silao). Por tal motivo le invitamos a usted y a su pareja a participar en este estudio que forma parte de la tesis doctoral de la MCE. María Luisa Flores Arias. Sí deciden apoyarnos deberán firmar este documento donde expresa su deseo de participar de manera libre y voluntaria una vez que se le ha informado sobre el propósito, beneficios y riesgos del presente estudio, posteriormente se les pedirá contestar a algunos cuestionarios relacionados con la planificación familiar, los cuales serán contestado en un lugar privado y separado de su pareja dentro del mismo hospital. Cabe mencionar que si usted lo desea, se le puede otorgar una copia de este documento una vez que se haya firmado.

Propósito del Estudio: Conocer los factores o elementos, que influyen en la participación de los miembros de la pareja, para el uso de Métodos de Planificación Familiar con fines de prevención o espaciamiento de embarazos.

Descripción del Estudio/Procedimiento. Para el logro de dicho propósito, se llevara a cabo la aplicación de seis cuestionarios, que incluyen aspectos tales como datos sociodemográficos, actitud anticonceptiva, beneficios, barreras y autoeficacia e influencias interpersonales para el uso de MPF.

Una vez que ustedes acepten participar serán llevados a espacios diferentes para que cada uno tenga la confianza de contestar libremente todos los cuestionarios, de tal manera que la información dada en cada uno de ellos muestre lo que usted verdaderamente piensa, hace, siente o cree al respecto de lo que se le pregunta. Para

contestar a cualquier duda, estará cerca de usted el responsable de la investigación, así como sus colaboradores para orientarlo pacientemente según usted lo necesite. Después de que termine de contestar los cuestionarios usted los entregara a alguno de los responsables quien lo revisara de manera muy rápida para identificar omisiones que se le pedirá solventar voluntariamente, luego los colocaran a su vista en un contenedor sin ningún orden y de donde serán tomados hasta el momento que se vaya a capturar la información.

Riesgos e inquietudes. El participar en este estudio usted no corre ningún riesgo, al igual que su pareja. Si alguno de ustedes se siente incómodo o simplemente no desea seguir contestando los cuestionarios puede retirarse en cualquier momento sin necesidad de dar alguna explicación o sentir miedo por algún tipo de represalia en el futuro.

Beneficios esperados. Con su participación Ustedes estarán dando elementos para considerar propuestas en políticas de salud reproductiva que favorezcan la planificación familiar en las parejas, lo que se verá reflejado en una mejor calidad de vida, tanto personal como familiar. Además se le hará entregara posteriormente una despensa en agradecimiento a su tiempo invertido para contestar los todos los cuestionarios.

Costos. Su participación en el estudio, no implica ningún costo a su persona.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación. Las únicas personas que conocerán de su participación en el estudio, serán usted y el equipo de investigación, quien hará uso responsable de la información brindada a través de los cuestionarios, ello significa que no se hará difusión de sus datos con ninguna persona no autorizada incluyendo su pareja. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, es decir que no aparecerá información individualizada de cada participante en el estudio. Usted debe tener la certeza de que su información en todo momento será manejada estrictamente de manera anónima y confidencial.

Preguntas. Si usted tiene cualquier duda sobre este estudio de su participación en este estudio, puede comunicarse con los responsables de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, quienes se puede localizar en la Subdirección de Posgrado al teléfono 83 48 18 47, en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León o con la responsable del estudio MCE. María Luisa Flores A. Tel. 4737376156.

Consentimiento. Nosotros aceptamos de manera libre y voluntariamente participar y brindar información para los fines de este estudio, sin renuncia por ello a ninguno de nuestros derechos. Cada uno de nosotros ha leído este formato y todas nuestras preguntas han sido contestadas. Es claro para nosotros que en cualquier momento puedo retirarme y dejar de participar sin consecuencia alguna para mí o mi pareja.

Nombre y firma de la participante mujer

Nombre y firma de la participante hombre

MCE. María Luisa Flores Arias

Investigado Principal

Guanajuato; Gto. a _____ de _____ 2017

Apéndice B

Cédula de datos sociodemográficos

Estimado participante. A continuación se le invita a contestar una serie de preguntas sobre información personal, la cual será manejada solo con fines de este estudio y siempre protegiendo su confidencialidad. Recuerde que no hay repuestas buenas o malas, por lo que le solicitamos el contestar con toda la sinceridad posible.

Folio _____ (Esta parte es llenada por el encuestador)

Sexo: Femenino () ; Masculino (). **Edad** _____; **Estado Civil** Casado () / Unión libre ().

¿Cuánto tiempo de relación tiene con su pareja actual _____

Número actual de hijos _____ **¿Desea tener más hijos?** (Si) (No)

Escolaridad: Total de años de estudio _____

Religión que profesa _____

¿Usted cree que su religión interfiere en su decisión de usar métodos de planificación familiar?:

Mucho () **Poco** () **Nada** ().

¿A qué se dedica actualmente? _____ **¿Cuál es aproximadamente su**

Sueldo (ingreso económico por mes? \$ _____

¿Anteriormente con otra pareja usted usó algún método de planificación familiar? (No) (Si) ¿Cuál (es)?

Método anticonceptivo	Siempre lo usaba	Constantemente lo usaba	Algunas veces lo usaba

Si usted usa algún método de planificación familiar señale cual usa y con que finalidad (puede colocar un método por cada fin o el mismo, o incluso solo elegir un método y una de las finalidades de su uso.

Método anticonceptivo	Finalidad de uso		
	Prevenir embarazos no deseados	Prevenir infecciones de transmisión sexual	Con otro fin. ¿Cual?

Si Ud. ahora no usa ningún MPF con su pareja, pudiera decir el

motivo _____ **Tiene intención de usar algún MPF en un futuro**

cercano (próximos 6 meses) (si) (no) ¿razón? _____ **¿Cuál preferiría usar?** _____

Apéndice C

Escala de actitud anticonceptiva

(Black, 1998)

Instrucciones. Abajo hay enunciados acerca del uso de métodos de planificación familiar. Nosotros estamos interesados en saber su opinión acerca de cada uno de ellos y no la de su familia o amigos. Usando la escala de abajo, por favor señale con una “X” su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado según su experiencia personal.

Recuerde que no hay respuestas buenas o malas.

Enunciados	Opciones de respuesta				
1. Creo que no es bueno usar métodos de planificación familiar.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
2. Los métodos de planificación familiar reducen el deseo sexual.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
3. Usar métodos de planificación familiar, es mucho mejor que tener un aborto.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
4. Los hombres que usan métodos de planificación familiar parecen menos masculinos, que los hombres que no los usan.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
5. Yo animo a mi pareja a usar métodos de planificación familiar.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
6. Yo no me involucraría sexualmente con una persona, que no acepta la responsabilidad de usar algún método de planificación familiar.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo

7. Los adolescentes no necesitan el permiso de sus padres para conseguir métodos de planificación familiar.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
8. Los métodos de planificación familiar no son necesarios hasta que la pareja este comprometida sexualmente más de una vez.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
9. Los métodos de planificación familiar hacen ver el sexo menos romántico.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
10. Las mujeres que usan métodos de planificación familiar son promiscuas (se relacionan sexualmente con muchos hombres)	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
11. Yo no tendría relaciones sexuales, si no estuviera disponible algún método de planificación familiar.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
12. Yo no creo que los métodos de planificación familiar puedan prevenir el embarazo.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
13. Usar métodos de planificación familiar, es una manera de demostrar preocupación o cuidado por su pareja.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
14. Yo no hablo de métodos de planificación familiar con mi pareja.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
15. Me sentiría avergonzado(a) (apenado) hablar de métodos de planificación familiar con mi	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo

pareja.					
16. Uno debe usar métodos de planificación familiar, sin importar cuánto tiempo tiene de conocer a su pareja.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
17. Los métodos de planificación familiar son difíciles de obtener (conseguir).	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
18. Los métodos de planificación familiar hacen que las relaciones sexuales, sean más placenteras o agradables.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
19. Siento que el uso de métodos de planificación familiar es solo responsabilidad de mi pareja.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
20. Me siento más relajado(a) durante la relación sexual, si estamos usando algún método de planificación familiar.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
21. Yo prefiero usar algún método de planificación familiar, durante las relaciones sexuales.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
22. En el futuro, planeo usar algún método de planificación familiar en cualquier momento que tenga relaciones sexuales.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
23. Yo usaría métodos de planificación familiar, aunque mi pareja no quisiera.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
24. No tengo ningún problema en usar métodos de planificación familiar.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo

25. Usar métodos de planificación familiar, hacen ver la relación de pareja más permanente.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
26. Tener relaciones sexuales no es divertido, si se usan métodos de planificación familiar.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
27. Vale la pena el uso de métodos de planificación familiar, aun si estos fueran caros (costo monetario alto).	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
28. El uso de métodos de planificación familiar animan (invitan) a la promiscuidad.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
29. Las parejas deberían de hablar de métodos de planificación familiar, antes de tener relaciones sexuales.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
30. Si yo o mi pareja experimentamos algún efecto secundario negativo de algún método de planificación familiar, nosotros usaríamos otro método diferente.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
31. El uso de métodos de planificación familiar, hace ver las relaciones sexuales como muy planeadas, es decir, poco espontaneas.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo
32. Me siento mejor conmigo mismo(a), cuando uso métodos de planificación familiar.	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 Indeciso	4 Desacuerdo	5 Muy desacuerdo

Apéndice D

Escala de beneficios y barreras para la anticoncepción

(Brunie et al., 2013)

Instrucciones. A continuación se presentan enunciados acerca de las opiniones sobre el uso de métodos de planificación familiar. Estamos interesados en saber su opinión respecto a cada uno de ellos y no la de su familia o amigos. Usando la escala de abajo, por favor señale con una “X” su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado según su experiencia personal. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas.

Enunciado	Opciones de respuesta				
Beneficios					
1.- La pareja puede usar métodos de planificación familiar para evitar embarazos no deseados.	1 Fuertemente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Algo en desacuerdo	4 Muy de acuerdo	5 Fuertemente de acuerdo
2.- Los métodos de planificación familiar, son para que la pareja puedan decidir cuándo y el número de hijos que desea.	1 Fuertemente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Algo en desacuerdo	4 Muy de acuerdo	5 Fuertemente de acuerdo
Barreras					
3.- Temo (me apena o da miedo) ir a algún servicio médico (médico o enfermera) para obtener o pedir métodos de planificación familiar.	5 Fuertemente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Algo en desacuerdo	2 Muy de acuerdo	1 Fuertemente de acuerdo
4.- Tengo más miedo de las consecuencias de usar métodos	5 Fuertemente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Algo en desacuerdo	2 Muy de acuerdo	1 Fuertemente de acuerdo

de planificación familiar (infidelidad, esterilidad, otros efectos secundarios), que de un embarazo.					
5.- El uso de algunos métodos de planificación familiar es caro.	5 Fuertemente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Algo en desacuerdo	2 Muy de acuerdo	1 Fuertemente de acuerdo
6.- Estoy nervioso(a) que la gente a mi alrededor sepa que uso métodos anticonceptivos.	5 Fuertemente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 Algo en desacuerdo	2 Muy de acuerdo	1 Fuertemente de acuerdo

Apéndice E

Escala de autoeficacia anticonceptiva

(Levinson & College, 1986)

Instrucciones. Abajo hay enunciados acerca del uso de métodos de planificación familiar. Nosotros estamos interesados en saber su opinión acerca de cada uno de ellos y no la de su familia o amigos. Usando la escala de abajo, por favor señale con una “X” su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado de acuerdo a su experiencia personal. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Tenga la confianza que su información será manejada con estrictos criterios de confidencialidad.

Enunciado	Opciones de respuesta				
1. Cuando estoy con mi pareja, me siento siempre responsable de lo que pase sexualmente con él/ella.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
2. Aun si mi pareja puede hablar del sexo, yo no le puedo decir como me siento realmente sobre cosas sexuales.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
3. Cuando tengo relaciones sexuales, las puedo disfrutar como algo que realmente quería hacer.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.

4. Si mi pareja y yo, nos estamos excitando sexualmente y yo realmente no quiero tener relaciones sexuales, le puedo decir fácilmente que NO.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
5. Si mi pareja NO habla acerca de las relaciones sexuales que se están dando entre nosotros, yo tampoco puedo.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
6. Cuando pienso sobre el significado de tener relaciones sexuales, no puedo tenerlas fácilmente.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
7. Si mi pareja y yo nos estamos excitando sexualmente y yo realmente no quiero tener relaciones sexuales (llegar hasta la penetración), puedo parar las cosas fácilmente para no tenerlas.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.

8. Hay ocasiones que me encuentro tan involucrado(a) sexual y emocionalmente con mi pareja, que puedo tener relaciones sexuales incluso si no estuviéramos protegidos (usando algún anticonceptivo)	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
9. A veces solo hago lo que mi pareja quiere hacer sexualmente, porque yo no me tomo la molestia de tratar de decirle lo que quiero.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
10. Si hubiera una persona del sexo opuesto que me atrajera física y emocionalmente, me sentiría cómodo(a) de decirle que quiero tener relaciones sexuales con él/ella usando protección.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
11. No pudiera	1 No	2 Casi verdadero	3 Algo verdadero	4 Muy	5 Completamente

continuar usando métodos de planificación familiar, nada más de pensar que mi pareja pudieran enterarse.	completamente verdadero para mí.	para mí	para mí	verdadero para mí.	te verdadero para mí.
12. Sería difícil para mí ir a la farmacia y preguntar algún método de planificación familiar (espuma, condones, óvulos, diafragma, pastillas, etc.), sin sentirme avergonzado(a).	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
13. Si mi pareja y yo estamos manteniendo relaciones sexuales y estamos a punto de avanzar a la penetración y no estoy protegido(a) a) Le puedo preguntar fácilmente si tiene protección o decirle que yo no tengo.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
b) Me puedo	1 No	2 Casi verdadero	3 Algo verdadero	4 Muy	5 Completamente

disculpar y darme tiempo para colocarme algún anticonceptivo.	completamente verdadero para mí.	para mí	para mí	verdadero para mí.	te verdadero para mí.
c) Le puedo decir con facilidad que estoy usando algún anticonceptivo.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
d) Puedo parar las cosas fácilmente antes de la penetración, si no pudiera hablar sobre el tema de la protección.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
14. Hay momentos en los que yo pudiera hablar con mi pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos, pero no lo puedo hacer.	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.
15. A veces término teniendo relaciones sexuales con mi pareja, porque no encuentro una manera de detenerlo(a).	1 No completamente verdadero para mí.	2 Casi verdadero para mí	3 Algo verdadero para mí	4 Muy verdadero para mí.	5 Completamente verdadero para mí.

Apéndice F

Escala de provisión social adaptada para la anticoncepción

(Cutrona & Russell, 1984)

Instrucciones. A continuación se presentan enunciados relacionados con el apoyo de pareja, la familia y personal de salud para el uso de anticonceptivos. Nosotros estamos interesados en saber su opinión acerca de cada uno de ellos. Usando la escala de abajo, señale con una “X” su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado de acuerdo a su experiencia personal. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas.

Enunciados	Opciones de respuesta				
Apoyo de la familia					
1.- Puedo confiar en mi familia para que me ayude en el uso de métodos de planificación familiar si lo necesito.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
2.- Mi familia apoya el uso de métodos de planificación familiar	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
3.- Yo puedo recurrir a mi familia para pedir orientación sobre el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
4.- Mi familia cuenta conmigo para ayudar a otros, cuando se trata de usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
5.- Mi familia y yo, estamos tranquilos, cuando uso métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
6.- Mi familia sabe que hago todo lo necesario, para usar algún método de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

7.- Me siento muy responsable de la salud y bienestar de la familia.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
8.- Mi familia y yo compartimos las mismas creencias y actitudes sobre el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
9.- Yo creo que mi familia aprecia lo que he hecho para proteger mi salud, cuando se trata de usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
10.- Si yo decidiera usar métodos de planificación familiar, mi familia me apoyaría.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
11.- Mi relación con mi familia, me hace sentir con menos probabilidad de un embarazo.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
12.- Yo puedo hablar con mi familia fácilmente, sobre cómo usar métodos de planificación familiar de forma segura, si es necesario.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
13.- Mis creencias sobre la importancia del uso métodos de planificación familiar, son respetadas por mi familia.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
14.- Mi familia comparte mis preocupaciones sobre el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
15.- Mi familia confía en mí consejo cuando se trata del uso métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
16.- Puedo confiar en mi familia para obtener un consejo, si tuviera un problema relacionado con el uso	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

de métodos de planificación familiar.					
17.- Siento un vínculo emocional fuerte con mi familia y eso me anima a usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
18.- Yo puedo contar con la ayuda de mi familia cuando se trata de usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
19.- Me siento cómodo(a) hablando con mi familia sobre métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
20.- Mi familia respeta mi decisión de usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
21.- La confianza que siento con mi familia me ayuda a usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
22.- Fue una decisión de mi familia y mía, el que yo usara métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
23.- Si yo pensara que he hecho mal uso de los métodos de planificación familiar, podría contar con mi familia para que me ayude a manejar la situación.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
24.- Mi familia confía en mí para ayudar a otros a usar correctamente los métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
Apoyo de la pareja					
25.- Puedo confiar en mi pareja, para que me ayude a usar métodos de	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

planificación familiar.					
26.- Mi pareja apoya el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
27.- Yo puedo recurrir a mi pareja para pedirle orientación sobre el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
28.- Mi pareja depende de mis conocimientos y consejo para ayudar a otros a usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
29.- Mi pareja y yo disfrutamos más de la vida, cuando usamos métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
30.- Mi pareja sabe que puedo hacer lo necesario, para usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
31.- Me siento personalmente responsable de la salud y bienestar de mi pareja.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
32.- Mi pareja y yo compartimos las mismas creencias y actitudes sobre el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
33.- Yo creo que mi pareja aprecia lo que he hecho para proteger mi salud cuando se trata de usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
34.- Si yo decidiera usar métodos de planificación familiar, mi pareja me	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

apoyaría.					
35.- La relación con mi pareja me hace sentir segura (o) de que existen pocas posibilidades de embarazarnos.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
36.- Yo puedo hablar con mi pareja sobre cómo usar métodos de planificación familiar más seguros, si es necesario.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
37.- Mis creencias sobre la importancia del uso de métodos de planificación familiar, son respetadas por mi pareja.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
38.- Mi pareja y yo compartimos las mismas preocupaciones sobre el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
39.- Mi pareja confía en mi consejo cuando se trata de uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
40.- Mi pareja es alguien en quien yo puedo confiar para pedirle consejos, si tuviera un problema relacionado con el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
41.- Siento un vínculo emocional fuerte con mi pareja y esto me anima a usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
42.- Yo cuento con la ayuda de mi	1	2	3	4	5

pareja cuando se trata de usar métodos de planificación familiar.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
43.- Yo me siento cómodo(a) cuando hablo con mi pareja acerca de los métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
44.- Mi pareja respeta mi decisión de usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
45.- El afecto que siento por mi pareja me ayuda a usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
46.-Fue una decisión de mi pareja y mía, el usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
47.- Si yo pensara que me he hecho mal uso de los métodos de planificación familiar, podría contar con mi pareja para que me ayude a manejar la situación.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
48.- Mi pareja depende de mí para usar correctamente los métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
Apoyo del proveedor de salud					
49.- Puedo confiar en mi médico/enfermera, para me ayude a usar los métodos de planificación familiar, si lo necesito.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
50.- Mi médico/enfermera, apoya el	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

uso de métodos de planificación familiar.					
51.- Yo puedo acudir con mi médico/enfermera para que me orienten sobre el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
52.- Mi médico/enfermera me alientan para usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
53.- Mi médico/enfermera me orientan para usar métodos de planificación familiar correctamente.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
54.- Mi médico/enfermera sabe que puedo hacer lo necesario, para usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
55.- Mi médico/ enfermera me hacen sentir responsable de la salud y bienestar de algunas personas.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
56.- Mi médico/enfermera y yo compartimos las mismas creencias y actitudes sobre el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
57.- Yo creo que mi médico/enfermera aprecia las acciones que he hecho para proteger mi salud cuando se trata de usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
58.- Si yo decidiera usar métodos de planificación familiar mi	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

médico/enfermera me apoyarían					
59.- La relación con mi médico/enfermera, me hace sentir segura(o) de que la posibilidad de un embarazo en baja.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
60.- Yo puedo hablar con mi médico/enfermera, sobre las prácticas de planificación familiar más seguras, si es necesario.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
61.- Las creencias que tengo sobre la importancia del uso de métodos de planificación familiar, son respetadas por mi médico/enfermera.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
62.-Mi médico/enfermera y yo compartimos las mismas preocupaciones sobre el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
63.- Mi médico/enfermera confía en mí para dar consejo a otras personas, cuando se trata del uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
64.- Mi médico/enfermera, es alguien en quien puedo confiar para pedirle consejos, si tuviera un problema relacionado con el uso de métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
65.- Siento un vínculo emocional fuerte con mi médico/enfermera y esto me anima a usar métodos de	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

planificación familiar.					
66.- Yo cuento con la ayuda de mi médico/enfermera cuando se trata de usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
67.- Yo me siento cómodo(a) cuando hablo con mi médico/enfermera sobre métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
68.- Mi médico/enfermera respeta mi decisión de usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
69.- El afecto que siento por mi médico/enfermera me ayuda a usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
70.-Fue decisión mía, junto con mi médico/enfermera, el usar métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
71.- Si yo creo que he hecho mal uso de los métodos de planificación familiar, podría contar con mi médico/enfermera para que me ayuden a manejar la situación.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
72.- Mi médico/enfermera me ayuda a usar correctamente los métodos de planificación familiar.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo

Apéndice G

Escala de conducta anticonceptiva

(Ruey-Hsia, Sho-Yuan., & Yung-Mei, 2011)

Instrucciones. A continuación se presentan enunciados relacionados con el uso de métodos de planificación familiar. Nosotros estamos interesados en saber su opinión acerca ello y no lo que piensa su familia o amigos. Usando la escala de abajo, por favor señale con una “X” su respuesta en cada enunciado según su experiencia personal.

Recuerde que no hay respuestas buenas o malas.

Las siguientes preguntas, son exclusivamente relacionadas con la pareja actual.

Enunciado	4.Siempre (El 100% del tiempo)	3.Muchas veces (Del 51 al 99% del tiempo)	2. A veces (Del 1 al 50% del tiempo)	1.Nunca (El 0% del tiempo)
1.- Yo uso algún Método de Planificación Familiar, cada vez que tengo relaciones sexuales con mi pareja.				
2.- Yo tengo un Método de Planificación Familiar preferido, para prevenir embarazos no deseados con mi pareja. ¿Cual? _____				
3.- Yo pongo atención a cualquier información, que me permita hacer un buen uso de los Métodos de Planificación Familiar con mi pareja.				
4.- Cuando tengo duda de la seguridad de algún Método de Planificación Familiar, después de tener relaciones sexuales con mi pareja, yo uso algún otro método compensatorio. ¿Cuál? _____				
5.- Yo creo que uso correctamente con mi pareja, los Métodos de Planificación Familiar que elijo al momento de tener relaciones sexuales.				

Apéndice H

Análisis factorial exploratorio y confirmatorio de la escala de actitud anticonceptiva

(Black, 1998)

El análisis factorial tiene como finalidad reducir el número de variables, sintetizar la información y generar informaciones compuestas. El análisis exploratorio se realizó por componentes principales con rotación ortogonal que permite interpretar la varianza total explicada (Varimax y análisis de factores confirmatorios de Máxima verisimilitud desde la matriz de correlaciones).

Actitud anticonceptiva

En la escala de actitud anticonceptiva todos los reactivos se correlacionaron positivamente, el par 21-22 lo hizo arriba de .699. Los valores del alpha de Cronbach fueron adecuados tanto en hombres ($\alpha = .902$) como en mujeres ($\alpha = .900$) en edad reproductiva, la consistencia interna general del instrumento fue de ($\alpha = .904$). Estos valores indican que la estructura del instrumento es adecuada para evaluar la conducta anticonceptiva. El análisis factorial exploratorio permitió identificar los factores con valores mayores a 1. Aunque el instrumento no contiene subescalas, el análisis factorial exploratorio por componentes principales con rotación Varimax, arrojó que los ítems se agrupan en siete componentes que explican el 57.34% de la variabilidad, en la tabla 38 se presentan los valores propios y los porcentajes de varianza explicada que muestran estos resultados.

Tabla 38

Valores propios y los porcentajes acumulados de varianza explicada a través del análisis de factores de actitud anticonceptiva

	VP	PAVE		VP	PAVE
1	9.245	28.890	17	.590	80.974
2	2.833	37.744	18	.550	82.691
3	1.685	43.009	19	.548	84.405
4	1.315	47.119	20	.523	86.038
5	1.185	50.822	21	.488	87.563
6	1.077	54.186	22	.486	89.083
7	1.010	57.344	23	.441	90.460
8	.952	60.320	24	.427	91.794
9	.920	63.194	25	.415	93.092
10	.849	65.848	26	.373	94.258
11	.820	68.411	27	.361	95.387
12	.754	70.768	28	.350	96.481
13	.712	72.993	29	.333	97.523
14	.681	75.122	30	.283	98.406
15	.644	77.136	31	.277	99.272
16	.638	79.130	32	.233	100.00

Nota: VP= valor propio; PAVE= porcentaje acumulado de la varianza explicada; $n= 600$

El análisis factorial confirmatorio mostró valores de los índices considerados como aceptables (Tabla 39).

Tabla 39

Análisis factorial confirmatorio de la actitud anticonceptiva

	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>IC 90%</i>	<i>p</i>
Modelo	.791	.729	.833	.781	.072	.068-.076	.001
Independencia del modelo					.153	.150-.157	.001

Nota: NFI= índice normado de ajuste de Bentler- Bonett, RFI = índice de ajuste relativo, IFI = índice de ajuste adicional, TLI = índice Tucker-Lewis, RMSEA = error cuadrático medio de aproximación de Steiger-Lind, p = valor *p*; *n*= 600

Apéndice I

**Análisis factorial exploratorio y confirmatorio de la escala de
autoeficacia anticonceptiva**

(Levinson & College, 1986)

El análisis factorial tiene como finalidad reducir el número de variables, sintetizar la información y generar informaciones compuestas. El análisis exploratorio se realizó por componentes principales con rotación ortogonal que permite interpretar la varianza total explicada (Varimax y análisis de factores confirmatorios de Máxima verisimilitud desde la matriz de correlaciones).

En la escala de autoeficacia anticonceptiva todos los 15 reactivos se correlacionaron positivamente, el par 13 – 14 lo hizo arriba de .638. Sin embargo, el ítem 10 tiende a presentar bajas correlaciones, al igual que una carga factorial por debajo de .40 (.32), por esta razón y en relación a la literatura científica encontrada respecto a esta variable, se decidió retíralo. La escala con 17 ítems presentó valores del alpha de Cronbach adecuados tanto para hombres ($\alpha = .812$) como para mujeres ($\alpha = .829$) en edad reproductiva, el alfa del instrumento en general fue de ($\alpha = .840$). Estos valores indican que la estructura del instrumento es adecuada para evaluar la autoeficacia

anticonceptiva. El análisis factorial exploratorio muestra que los ítems se agrupan en cuatro componentes principales con rotación Varimax, que explican el 57.73% de la variabilidad (Tabla 40).

Tabla 40

Valores propios y los porcentajes acumulados de varianza explicada a través del análisis de factores de autoeficacia anticonceptiva

	VP	PAVE		VP	PAVE
1	5.000	27.776	10	.512	82.637
2	3.038	44.652	11	.506	85.447
3	1.218	51.418	12	.478	88.102
4	1.137	57.737	13	.463	90.677
5	.977	63.164	14	.448	93.163
6	.891	68.112	15	.353	95.125
7	.766	72.370	16	.331	96.962
8	.735	76.455	17	.303	98.643
9	.601	79.794	18	.244	100.00

Nota: VP= valor propio; PAVE= porcentaje acumulado de la varianza explicada; $n= 600$

El análisis factorial confirmatorio arrojó valores de los índices considerados como aceptables para el modelo (Tabla 41).

Tabla 41

Análisis factorial confirmatorio de la autoeficacia anticonceptiva

	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>IC 90%</i>	<i>p</i>
Modelo	.940	.856	.955	.891	.067	.058-.076	.001
Independencia del modelo					.203	.198-.209	.001

Nota: NFI= índice normado de ajuste de Bentler- Bonett, RFI = índice de ajuste relativo, IFI = índice de ajuste adicional, TLI = índice Tucker-Lewis, RMSEA = error cuadrático medio de aproximación de Steiger-Lind, p = valor *p*; *n*= 600

Apéndice J

Análisis factorial exploratorio y confirmatorio de la escala de conducta anticonceptiva

(Ruey-Hsia, Sho-Yuan., & Yung-Mei, 2011)

El análisis factorial tiene como finalidad reducir el número de variables, sintetizar la información y generar informaciones compuestas. El análisis exploratorio se realizó por componentes principales con rotación ortogonal que permite interpretar la varianza total explicada (Varimax y análisis de factores confirmatorios de Máxima verisimilitud desde la matriz de correlaciones).

En la escala de conducta anticonceptiva todos los reactivos se correlacionaron positivamente, de manera especial el 1-2 con .660. Los valores globales del alpha de Cronbach fueron de $\alpha = .731$, mientras que para los hombres fue de $\alpha = .753$ y para las mujeres de $\alpha = .705$ en edad reproductiva, valores que son considerados como aceptables y que indican que la estructura del instrumento es adecuada para evaluar la conducta anticonceptiva. El análisis factorial exploratorio arrojó dos componentes principales con rotación Varimax, que explican el 69.23% de la variabilidad (Tabla 42).

Tabla 42

Valores propios y los porcentajes acumulados de varianza explicada a través del análisis de factores de la conducta anticonceptiva

	VP	PAVE
1	2.422	48.437
2	1.040	69.238
3	.632	81.888
4	.569	93.276
5	.336	100.000

Nota: VP= valor propio; PAVE= porcentaje acumulado de la varianza explicada; $n = 600$

El análisis factorial confirmatorio mostró valores de los índices considerados como aceptables (Tabla 43).

Tabla 43

Análisis factorial confirmatorio de la conducta anticonceptiva

	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>IC 90%</i>	<i>p</i>
Modelo	.991	.990	1.000	1.000	.001	.00- .057	.001
Independencia del modelo					.402	.321 .364	.001

Nota: NFI= índice normado de ajuste de Bentler- Bonett, RFI = índice de ajuste relativo, IFI = índice de ajuste adicional, TLI = índice Tucker-Lewis, RMSEA = error cuadrático medio de aproximación de Steiger-Lind, p = valor *p*; *n*= 600